

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932-1933

N°

70

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Christian de GINESTET

ANCIEN INTERNE PR. DES HÔPITAUX DE PARIS.

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS.

né le 1<sup>er</sup> juillet 1901, à Clermont-Ferrand

\*\*\*\*\*

# TECHNIQUE

de la

## **gastro-suspension**

*par le Procédé de LAMBRET*

\*\*\*\*\*

Président : M. le Professeur LENORMANT.

\*\*\*\*\*

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV°)

—  
1933



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1932-1933

N°

**THÈSE**  
POUR LE  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**  
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Christian de GINESTET

ANCIEN INTERNE PR. DES HÔPITAUX DE PARIS.

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS.

né le 1<sup>er</sup> juillet 1901, à Clermont-Ferrand

\*\*\*\*\*

**TECHNIQUE**  
de la  
**gastro-suspension**  
*par le Procédé de LAMBRET*

\*\*\*\*\*

*Président* : M. le Professeur LENORMANT.

\*\*\*\*\*

IMPRIMERIE « LABOR »  
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV<sup>e</sup>)

—  
1933

# I. — PROFESSEURS

## LE DOYEN : M. BALTHAZARD

|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Anatomie .....                                                     | MM.<br>ROUVIERE.          |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale .....      | GREGOIRE.                 |
| Physiologie .....                                                  | Léon BINET                |
| Physique médicale .....                                            | STROHL.                   |
| Chimie médicale.....                                               | DESGREZ.                  |
| Bactériologie .....                                                | LEMIERRE.                 |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale....                   | BRUMPT.                   |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BAUDOUIN.                 |
| Pathologie médicale .....                                          | CLERC.                    |
| Pathologie chirurgicale .....                                      | LENORMANT.                |
| Anatomie pathologique .....                                        | ROUSSY.                   |
| Histologie .....                                                   | CHAMPY.                   |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | TIFFENEAU.                |
| Thérapeutique .....                                                | LOEPER.                   |
| Hygiène et médecine préventive.....                                | TANON.                    |
| Médecine légale.....                                               | BALTHAZARD.               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LAIGNEL - LAVAS-<br>TINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | FIESSINGER                |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                      | Maurice VILLARET.         |
| Clinique médicale.....                                             | CARNOT.                   |
|                                                                    | BESANÇON.                 |
|                                                                    | ACHARD.                   |
|                                                                    | M. LABBÉ.                 |
| Hygiène et clinique de la première enfance....                     | LEREBOULLET.              |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | NOBECOURT.                |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..... | H. CLAUDE.                |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                   | GOUGEROT.                 |
| Clinique des maladies du système nerveux....                       | GUILLAIN.                 |
| Clinique des maladies infectieuses.....                            | TEISSIER.                 |
|                                                                    | DELBET.                   |
| Clinique chirurgicale.....                                         | CUNEO.                    |
|                                                                    | LEJARS.                   |
|                                                                    | GOSSET.                   |
| Clinique ophtalmologique .....                                     | TERRIEN.                  |
| Clinique urologique .....                                          | LEGUEU.                   |
|                                                                    | COUVELAIRE.               |
| Clinique d'accouchements .....                                     | BRINDEAU.                 |
|                                                                    | JEANNIN.                  |
| Clinique gynécologique .....                                       | J.-L. FAURE.              |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...                   | OMBREDANNE.               |
| Clinique thérapeutique médicale .....                              | RATHERY.                  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                            | LEMAITRE.                 |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                           | Pierre DUVAL.             |
| Clinique propédeutique .....                                       | SERGENT.                  |
| Clinique de la Tuberculose.....                                    | Léon BERNARD.             |
| Professeur sans chaire.....                                        | MAUCLAIRE.                |
|                                                                    | MULON.                    |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Neurologie et Psychiatrie..... | MM.<br>ALAJOUANINE.         |
| Pathologie médicale.....       | AUBERTIN.                   |
| Pathologie médicale .....      | Henri BENARD.               |
| Physiologie .....              | CHAILLEY-BERT               |
| Chimie biologique .....        | SANNIE.                     |
| Pathologie chirurgicale.....   | BROCQ.                      |
| Pathologie médicale.....       | BRULE.                      |
| Pathologie chirurgicale.....   | CADENAT.                    |
| Pathologie médicale .....      | CATHALA.                    |
| Pathologie médicale.....       | CHABROL.                    |
| Pathologie médicale .....      | CHEVALLIER.                 |
| Pathologie chirurgicale.....   | de GAUDART d'AL-<br>LAINES. |
| Physique .....                 | DOGNON.                     |
| Pathologie médicale.....       | DONZELOT.                   |
| Obstétrique .....              | ECALLE.                     |
| Urologie .....                 | FEY.                        |
| Pathologie expérimentale.....  | GARNIER.                    |
| Bactériologie .....            | GASTINEL.                   |



|                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| Pharmacologie .....                 | BUSQUET.      |
| Pathologie chirurgicale.....        | GATELLIER.    |
| Histologie .....                    | GIROUD.       |
| Pathologie médicale.....            | HARVIER.      |
| Anatomie .....                      | HOVELACQUE.   |
| Pathologie médicale.....            | HUTINEL.      |
| Hygiène, . . . . .                  | JOANNON.      |
| Chimie biologique .....             | Henri LABBE.  |
| Pathologie médicale .....           | Guy LAROCHE.  |
| Anatomie pathologique .....         | HUGUENIN.     |
| Pathologie chirurgicale.....        | LEVEUF.       |
| Neuro-psychiatrie .....             | LEVY-VALENSI. |
| Pathologie médicale.....            | LIAN.         |
| Pharmacologie .....                 | HAZARD.       |
| Histologie .....                    | MILLOT.       |
| Pathologie chirurgicale.....        | MONDOR.       |
| Pathologie médicale .....           | MOREAU.       |
| Pathologie chirurgicale.....        | MOULONGUET.   |
| Pathologie chirurgicale.....        | MOURE.        |
| Anatomie pathologique.....          | OBERLING.     |
| Anatomie, . . . . .                 | OLIVIER.      |
| Médecine légale .....               | PIEDELIEVRE.  |
| Obstétrique, . . . . .              | PORTES.       |
| Pathologie chirurgicale.....        | QUENU.        |
| Physiologie, . . . . .              | RICHET.       |
| Dermatologie et syphiligraphie..... | SEZARY.       |
|                                     | VALLERY-RADOT |
| Pathologie médicale.....            | (Pasteur).    |
| Obstétrique .....                   | VAUDESICAL.   |
| Ophtalmologie .....                 | VELTER.       |
| Histologie .....                    | VERNE.        |
| Obstétrique .....                   | VIGNES.       |

### III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

|                     |                |
|---------------------|----------------|
|                     | MM.            |
| Obstétrique .....   | GUENIOT.       |
| Obstétrique .....   | LEQUEUX.       |
| Parasitologie ..... | NEVEU-LEMAIRE. |
| Histologie .....    | RETTERRER.     |
| Physique .....      | ZIMMERN.       |

### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

|            |                           |                            |
|------------|---------------------------|----------------------------|
| MM.        |                           |                            |
| ABRAMI     | } Clinique<br>médicale    | AUVRAY                     |
| CHIRAY     |                           | BASSET                     |
| DEBRE      |                           | CHEVASSU                   |
| DUVOIR     |                           | HEITZ-BOYER                |
| LERI       |                           | MATHIEU                    |
| LÉVY-SOLAL | } Clinique<br>obstétrique | MOCQUOT                    |
| METZGER    |                           | PROUST                     |
| LE LORIER  |                           | SCHWARTZ                   |
|            |                           | } Clinique<br>chirurgicale |

### V. — CHARGES DE COURS

|                                                                                                                                                 |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                                                                                                                                 | MM.                                     |
| Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez<br>l'adulte pour les accidentés du travail, les<br>mutilés de guerre et les infirmes adultes.... | MAUCLAIRE, Pro-<br>fesseur sans chaire. |
| Stomatologie .....                                                                                                                              | FREY.                                   |
| Education physique.....                                                                                                                         | CHAILLET - BERT,<br>agréé.              |
| Radiologie clinique.....                                                                                                                        | LEDoux-LEBARD.                          |
| Puériculture .....                                                                                                                              | WEILL HALLE.                            |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

*qui me sert si souvent d'exemple.*

A MA GRAN'MERE

A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

## A MON MAITRE

M. le Docteur ANDRÉ LEURET  
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Le temps que nous avons passé dans le service du D<sup>r</sup> Leuret, sous la direction d'un maître, dont nous espérons avoir subi l'influence, compte parmi les meilleurs qu'un interne puisse souhaiter.*

*Chaque matin, nous avons écouté ses conseils cliniques et techniques, ses causeries familières si vivantes et si pleines d'enseignements.*

*Nous avons fait appel à notre maître lorsqu'il s'est agi pour nous de conclure nos études par une thèse.*

*Nous voulons lui prouver ici, toute notre reconnaissance et notre respect.*

A M. le Professeur LENORMANT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté  
Chirurgien de l'Hôpital Cochin  
Officier de la Légion d'honneur

*qui m'a fait le très grand honneur d'ac-  
cepter la présidence de cette thèse.*

*Hommages respectueux.*

A M. le Professeur LAMBRET

Professeur de clinique chirurgicale  
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Sauveur (Lille)  
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui a bien voulu nous autoriser à exposer son procédé de gastropexie.*

*Nous le remercions de l'aimable accueil qu'il nous a réservé à Lille, dans son service de l'Hôpital Saint-Sauveur, et des renseignements qu'il nous a fournis.*

*Qu'il soit assuré de nos sentiments très respectueux.*

A M. le Docteur LAURENCE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre profonde  
gratitude pour ses affectueux conseils  
et son précieux enseignement pendant  
l'année passée dans son service.*

*Qu'il veuille bien trouver ici toute  
notre reconnaissance pour la constante  
bienveillance qu'il nous a témoignée.*

A M. le Docteur LANOS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*que je suis fier de pouvoir considérer  
comme un maître et un ami. Je suis heu-  
reux de lui avoir souvent servi d'aide,  
en enviant sa clarté et sa maîtrise chi-  
rurgicale et je lui adresse ici, respec-  
tueusement tous mes remerciements.*

A M. le Docteur VILLANDRE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*dont l'enseignement nous fut très profitable.*

A M. le Docteur BRECHOT

Chirurgien de l'Hôpital Broussais  
Chevalier de la Légion d'honneur

*en souvenir de l'année d'internat que  
j'ai faite dans son service.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### STAGE

Monsieur le Docteur AROU.

Monsieur le Professeur BEZANÇON.

Monsieur le Professeur LEGUEU.

Monsieur le Docteur BOUFFES DE SAINT-BLAIZE.

### EXTERNAT

Monsieur le Professeur HARTMANN.

Monsieur le Docteur SEZARY.

M. le Docteur Pasteur VALLERY-RADOT.

## INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

*(Concours spécial)*

Monsieur le Docteur LÉVY-VALENSI.

### INTERNAT PROVISOIRE

Monsieur le Docteur René MARIE.

Monsieur le Docteur BRECHOT.

## A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

Monsieur le Docteur VILLANDRE.

Monsieur le Docteur LAURENCE.

Monsieur le Docteur LEURET.

A M. le Docteur G. LEGROS

*En toutes circonstances, depuis le début de mes études médicales, il m'a témoigné un amical intérêt. Je lui en exprime ici ma très sincère reconnaissance.*

A M. le Docteur H. DUBOIS

*En témoignage d'affection.*

A M. le Docteur HUC

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A M. le Docteur THEILLIER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

*En témoignage d'amitié.*

A M. le Docteur BARBET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A TOUS MES AMIS



## INTRODUCTION

---

La gastropexie, connue cependant depuis longtemps, compte encore aujourd'hui de très nombreux adversaires.

Beaucoup de médecins en disent le plus grand mal ou affectent de l'ignorer, beaucoup de chirurgiens ne la pratiquent jamais.

Il faut, en effet, reconnaître que dans les conditions habituelles, la ptose n'est qu'un élément dans un *syndrome complexe* qui trouve son expression la plus nette lorsque à l'abaissement de l'estomac s'ajoutent la ptose du rein droit, la rétroversion utérine, l'insuffisance de la paroi abdominale.

Il est certain que la déchéance physique est toujours considérable en pareil cas ; elle est fonction de troubles variés et profonds, portant sur la tonicité et la cinésie du tractus digestif : troubles endocriniens, et que surtout, il faut tenir compte du *psychisme* de tels malades dont l'état d'anxiété habituel entretient les moindres malaises et rend le traitement des plus difficiles.

Mais il ne faut pas non plus exagérer et être, par

exemple, aussi absolu que GLENARD qui, admettant que les ptoses avaient une cause d'ordre général, prétendait qu'elles échappaient complètement à l'action du chirurgien.

La gastropexie est un traitement, suivant le mot de M. PAUCHET, « d'orthopédie abdominale », c'est un traitement conservateur; l'acte opératoire n'est souvent qu'un élément de thérapeutique, un élément utile, indispensable, mais qui doit être patiemment aidé.

Ainsi, à un syndrome souvent complexe, s'adressera un traitement également complexe, mais il est indispensable qu'il soit complet. Il faut donc d'abord porter un diagnostic précis, et reconnaître les autres affections qui peuvent accompagner la gastropiose pour pouvoir établir un traitement « médico-chirurgical ».

C'est, d'autre part, un des mérites de M. le Professeur LAMBRET d'avoir bien vu toute une catégorie de faits dans lesquels la ptose de l'estomac semble être une « *véritable malformation congénitale* », justifiable de l'intervention chirurgicale.

*Nous pensons aussi que la très pauvre qualité des résultats obtenus, pendant de nombreuses années, par le traitement chirurgical, était dû à une mauvaise technique ne respectant pas la physiologie de l'organe. Un perfectionnement de la technique n'a pas manqué d'entraîner des résultats bien meilleurs.*

Il faut, avant tout, appliquer une opération simple,

logique, facile, offrant le maximum de chance de succès. Pour remplir ces conditions, une technique doit surtout *tenir compte des données physiologiques*.

La technique employée par M. le Professeur LAMBRET, qui consiste à suspendre l'estomac au niveau de la grande courbure au moyen d'une languette aponévrotique, répond à ces conditions. *Elle paraît actuellement de beaucoup la meilleure et donne d'excellents résultats.*

Au cours de notre internat, nous avons eu l'occasion de voir et de suivre dans le service de notre maître le Docteur LEURET, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, plusieurs cas de gastropse, traitées par le procédé de LAMBRET : les résultats ont été des plus satisfaisants. Nous pensons donc que c'est là une intervention que l'on peut exécuter sans arrière-pensée et en toute conscience.

Dans ce travail, laissant de côté la pathogénie et l'étiologie, encore obscures et discutées, la clinique bien connue et maintes fois décrites, passant rapidement en revue l'historique et les différents procédés chirurgicaux employés, nous insisterons surtout sur la **partie technique** et sur les suites opératoires. C'est par là, nous l'espérons, que ce travail peut avoir quelque *utilité*.

Enfin, nous terminerons par les observations dues à notre maître le Docteur LEURET, auquel nous exprimons encore toute notre gratitude. Nous remercions M. le Professeur LAMBRET et son chef de clinique, M. le Docteur RAZEMOND, pour les détails qu'ils ont bien voulu nous fournir et pour la cordialité de

l'accueil qu'ils nous ont fait dans leur service de l'Hôpital Saint-Sauveur.

Ces observations constitueront un modeste plaidoyer en faveur d'une opération qui doit reprendre la place qui lui revient dans le domaine chirurgical.

---

## PREMIERE PARTIE

### DEFINITION

---

### DIFFERENTS PROCEDES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PTOSE



## DEFINITION

---

La ptose complète de l'estomac est une rareté. Quand on parle de gastropiose, il s'agit, dans presque tous les cas, de *ptose incomplète* : la grande coupole de l'estomac ne perd pas contact avec le diaphragme. Il existe un *allongement vertical de l'estomac* sans que celui-ci change de place. « Il n'y a donc pas de ptose véritable. C'est pourquoi des auteurs ont substitué au terme de gastropiose ceux de « allongement vertical de l'estomac » (FAROY), « dislocation verticale de l'estomac » (G. LYON, RAMOND). « Cas où la portion mobile de l'estomac s'abaisse, plus ou moins, au-dessous du niveau normal » (LE NOIR et AGASSE LAFONT).

M. LAMBRET, dans les Archives des Maladies de l'Appareil Digestif de Mai 1931, *explique clairement* ce qui se passe dans le cas de ptose gastrique :

1° *allongement de l'estomac*, qui entraîne une traction sur le petit épiploon et les nerfs qui y sont compris.

2° *atonie gastrique*, qui varie suivant les sujets.

3° *modification du mécanisme de l'évacuation de l'organe :*

— soit que :

a) *le duodénum* accompagne la descente de la moitié droite de l'estomac dans le bassin. Le *genu superius* correspond à la 4<sup>e</sup>-5<sup>e</sup> Lombaires. Il n'existe donc pas de dénivèlement important entre l'axe du pylore et D<sub>1</sub>. L'évacuation est peu gênée, mais on se représente facilement combien le Wirsung et le cholédoque sont étirés et gênés, et le retentissement qui s'ensuit sur les éléments nobles du foie et du pancréas.

— soit que :

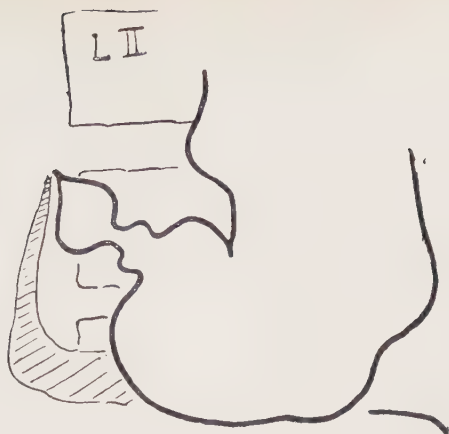
b) *le genu superius* ne descende pas. C'est le cas le plus fréquent. Il reste aux environs de L<sub>2</sub>. L'évacuation est défectueuse. Il y a des ratés de l'évacuation, la dénivellation pouvant atteindre jusqu'à 16 cm. et il y a *fermeture* de l'angle du *genu superius*.

Ce n'est pas tout; l'atonie ne s'arrête pas brusquement au pylore. Elle s'étend au duodénum qui se ptose, s'allonge pour son compte en même temps que le *genus inférius* peut se dilater par gêne de l'évacuation duodénale au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

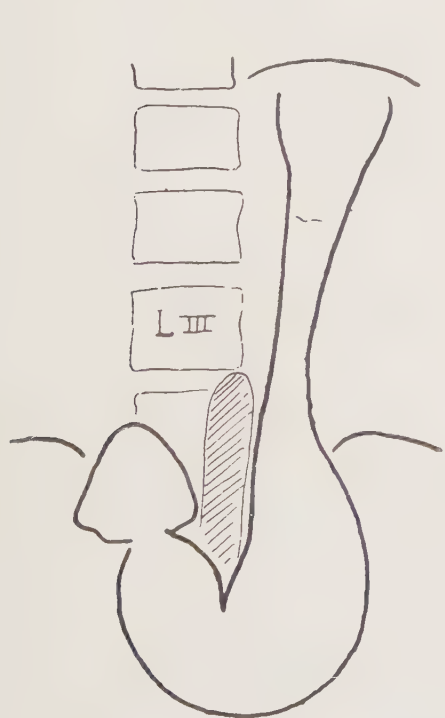
---



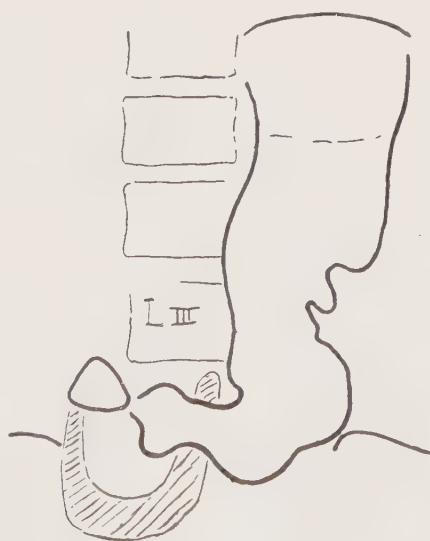
*Ptose avec genu superius en position haute. Bulbe verticale, très allongé, avec coudure aiguë du genu superius.*



*Après la suspension. L'axe du bulbe est oblique à 45°. Disparition de l'élongation du bulbe et de la coudure duodénale.*



*Ptose gastro-duodénale totale. Dilatation et stase bulbaires.*



*Après la suspension. Disparition de la dilatation et de la stase.*

FIG. I.

(D'après O. LAMBRET et G. BIZARD.)



## DIFFERENTS PROCEDES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

---

De même que la gastroptose a longtemps été perdue dans la grande famille des gastrites et des dyspepsies, et n'a commencé à avoir une individualité clinique qu'à partir de 1880, par les travaux d'EWALD, BOUVERET, CHAPOTOT, GLENARD, de même, on conçoit que la thérapeutique chirurgicale ait été longtemps hésitante.

Les nombreux procédés employés étaient *presque tous mauvais*. Nous allons rapidement les énumérer. La critique générale des techniques employées nous permettra d'apprécier la supériorité de l'opération de LAMBRET.

### I. LA GASTRO-ENTEROSTOMIE

Puisque les principaux troubles de la ptose gastrique sont souvent des troubles de l'évacuation, il était logique, semble-t-il, de pratiquer la gastro-entérostomie. Déjà, elle avait été proposée par JEANNEL,

en 1892, mais, depuis, l'unanimité des chirurgiens l'a condamnée (HARTMANN, LECÈNE, PERTHES, PAUCHET, LAMBRET).

« La gastro-entérostomie ne videra pas l'estomac prolabé et augmentera, dans la plupart des cas, les malaises dans des conditions telles qu'on devra *réintervenir* pour supprimer la gastro-entérostomie. » (PAUCHET).

« Elle expose au *circulus viciosus* à cause de l'atonie gastrique. » (LECÈNE).

« Elle peut être suivie d'ulcus peptique. » (PAUCHET).

PERTHES, LAMBRET citent des observations montrant chez les mêmes malades les bons résultats de la suspension et les mauvais résultats de la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie postérieure, même si la bouche est large, ne fonctionne jamais correctement. On est conduit d'ordinaire à placer la bouche dans la portion déclive et loin de l'antré; le *circulus viciosus* et l'ulcus peptique sont à craindre; l'exclusion du pylore n'assure pas une bonne évacuation; souvent, l'anse anastomotique se coude.

C'est donc une méthode à rejeter.

## II. LA GASTRO-PLICATURE

Elle fut pratiquée pour la première fois par BIRCHER, en 1891.

Elle fut associée à la gastropexie par HARTMANN et PAUCHET.

C'est un procédé tout à fait *insuffisant* qui ne remédie pas à l'atonie et à la ptose de l'organe, qui se laisse de nouveau distendre. Il ne remédie pas aux tiraillements de l'épiploon ni à la coudure duodénale.

### III. LA RESECTION DE L'ESTOMAC

Certains chirurgiens (LAMBOTTE, SCHLESINGER, etc.), n'ont pas hésité à la pratiquer.

La résection segmentaire de l'estomac ne se soutient pas en cas de ptose. C'est une *opération grave*, disproportionnée à l'affection qu'elle veut combattre. Elle est grave par elle-même, mais aussi grave à cause de la mauvaise qualité des parois amincies, anémiées, à cause de l'état général des malades.

Elle est absolument, plus que toute autre, à rejeter.

### IV. FIXATION DE L'ESTOMAC A LA PAROI ANTERIEURE (GASTROPEXIE)

On en a pratiqué de nombreuses techniques. C'est d'ailleurs l'intervention la plus ancienne.

— DURET (Lille), 1896, fixait l'estomac tout le long de la petite courbure au péritoine pariétal.

— WEISS (Hambourg) faufile trois fils de soie parallèles aux courbures, les extrémités libres sont nouées à la paroi.

— ROWSING (Copenhague) : 3 fils de soie faufileés dans la paroi antérieure, distants de 1 cm., parallèles aux courbures, passant à travers la paroi, sont serrés sur un tampon de gaze.

— SÉNÉCHAL (1922) passe 3 ou 4 fils de lin le long de la paroi antérieure qui, à travers le péritoine sont noués sur l'aponévrose.

— KLOPP et REISS suspendent l'estomac non à la paroi mais aux côtes (douleurs intercostales).

— COFFEY suture le grand épiploon à la paroi abdominale à 2 cm. au-dessous du transverse.

Etc., etc...

Quoique un peu moins mauvais que les précédents, ces procédés le gastropexie le sont encore : *ils ont tous de graves inconvénients*; ils ne respectent pas la *mobilité* de l'organe; ils créent des *adhérences*.

Nous n'insistons pas sur tout ce qu'il y a d'anti-physiologique dans leur conception, ni sur leurs conséquences douloureuses.

Ils ne sont plus guère pratiqués à l'heure actuelle.

## V. RACCOURCISSEMENT DU PETIT EPIPLOON

Pratiqué par BIER, par BEYEA, il semble plus séduisant puisqu'il réduit la ptose en conservant la mobilité des mouvements de l'estomac. Mais, outre ses dangers vasculaires, il s'adresse à un ligament faible, surtout chez les ptosiques, et qui est incapable à lui seul de supporter le poids de l'estomac plein : *les ptoses se reproduisent*.

Nous arrivons maintenant à un procédé beaucoup plus intéressant, qui est un peu le précurseur du procédé de LAMBRET. C'est le

## VI. PROCEDE DE PERTHES (Fig. 2)

Sa technique est décrite dans la *Pratique Chirurgicale Illustrée* de Victor PAUCHET (Fasc. 6).

Cette technique, décrite par PERTHES, en 1920, a marqué un gros progrès. Cette opération consiste à suspendre la petite courbure de l'estomac, depuis le pylore jusque vers le cardia, à l'aide du ligament rond du foie, qui est fixé, en terminant, à travers un espace intercostal, à l'aponévrose du muscle grand droit gauche.

Le ligament, renforcé dans toute sa longueur par un fil de soie, est passé à un centimètre au-dessous de la petite courbure dans l'épaisseur de la paroi gastrique avec une aiguille mousse et un passe-fil spécial, ou bien simplement enfoui dans un canal séro-séreux à la WITZEL.

Il peut se faire que le ligament falciforme du foie soit trop court, alors PERTHES conseille de lui mettre une « rallonge ». Pour cela, il conseille de décoller la peau à gauche et de prélever un lambeau aponévrotique sur la gaine antérieure du grand droit. Ce lambeau est passé à travers une boutonnière musculaire dans la cavité abdominale, et, là, est suturé à l'extrémité du ligament falciforme.

Cette opération est déjà bien meilleure puisque,

d'après PERTHES, dans les suites éloignées, 3 sur 4 des malades sont guéris ou améliorés.

PAUCHET déclare que 1/3 des malades sont guéris ou très améliorés, 1/3 légèrement améliorés, et 1/3 n'ont aucun résultat persistant malgré un estomac bien en place.

ROWSING donne une statistique analogue.

Mais on peut faire à ce procédé de graves critiques :

1) Il est compliqué de tracer un trajet intra-pariétal, et il expose à la déchirure ou l'ouverture de l'estomac.

2) Surtout il ne supprime pas le *bas-fond gastrique*.

3) La fixation par le ligament rond est *précaire*, parce qu'il est trop faible chez les ptosiques dans la région ombilicale. Cette fixation peut être rendue illusoire à cause de l'hépatoptose.

PERTHES, PRAT, *paraissent ne pas avoir observé le lâchage* du ligament rond. Néanmoins, c'est un accident possible, et il en existe plusieurs observations. Cet accident entraîne naturellement l'échec clinique complet.

C'est pour cela que PERTHES renforçait le ligament rond avec un fil de soie et, au besoin, avec un lambeau d'aponévrose.

C'est pour cela que M. LAMBRET qui, au début, pour son procédé se servait aussi du ligament rond, l'a actuellement complètement abandonné.

M. LAMBRET, en effet, dans un premier procédé, avait commencé à suspendre la grande courbure à l'aide du ligament rond du foie et obtint de bons résultats dans tous les cas où la fixation au rebord cos-

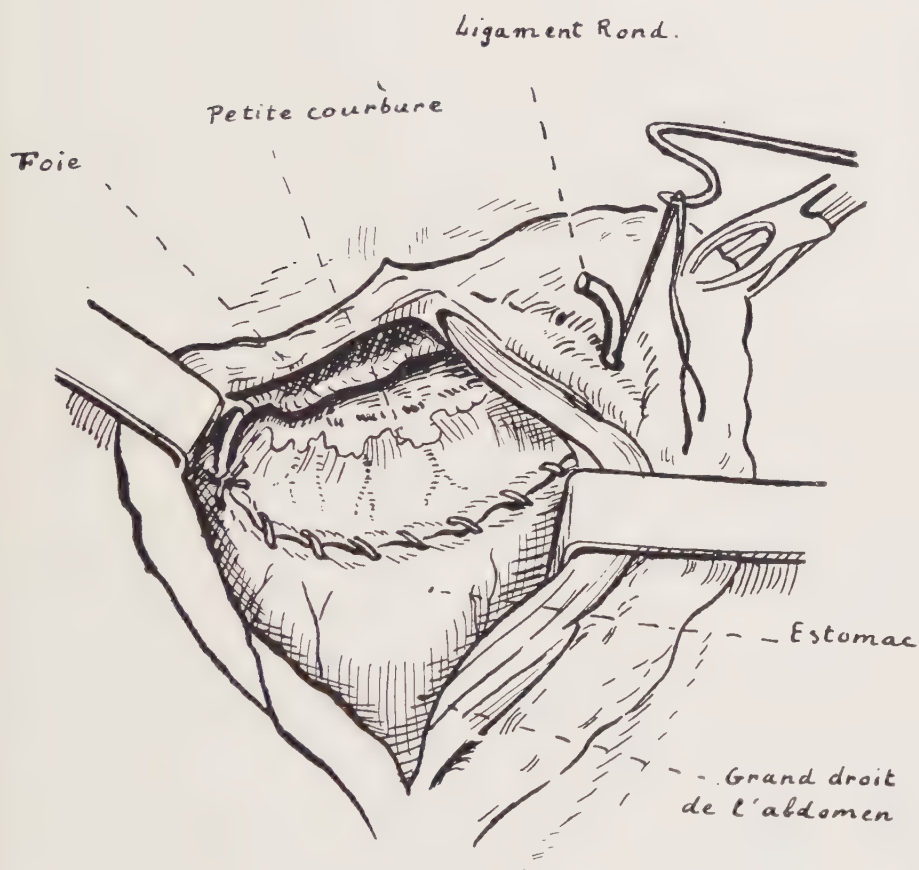


FIG. 2. — *Procédé de Perthes*

(D'après DUPRET. *La Pratique chirurgicale illustrée*, FASC. VI.)

tal gauche n'a pas lâché. Mais les résultats furent mauvais dans les cas de lâchage. Le Docteur BIZARD, en rapporte 4 cas dans sa thèse, qui survinrent peu de temps après l'intervention (4 mois au maximum). La démonstration fut complète du fait que chez deux malades il y avait parallélisme évident entre le relèvement gastrique et l'état clinique : amélioration lorsque la suspension tenait, réapparition de tous les symptômes lorsqu'elle a lâché.

---

## PROCEDE DE LAMBRET

---

Contrairement au procédé de PERTHES, dont il se rapproche cependant par certains points, la technique de LAMBRET est basée sur les deux grands principes suivants :

- 1) *Nécessité d'une suspension solide et bien tolérée.*
- 2) *Suppression ou diminution du bas-fond gastrique.*

L'estomac est suspendu au niveau de la grande courbure, au moyen d'une bandelette d'aponévrose, prise sur le bord gauche du muscle grand droit gauche, pédiculée à sa partie supérieure, introduite dans l'abdomen entre deux côtes, enfouie tout le long de la grande courbure et suturée par son extrémité libre au ligament rond, au point où il se détache du foie.

Cette technique relève l'estomac, supprime le bas-fond stomacal, supprime les angles duodénaux anormaux, laisse à l'estomac toute sa *liberté*.

*C'est une opération physiologique.*



## DEUXIEME PARTIE

A) RAPPEL ANATOMIQUE

B) TECHNIQUE DU PROCEDE DE LAMBRET



# TECHNIQUE DE LA GASTROPEXIE PAR LE PROCÉDE DE LAMBRET

---

A)

## RAPPEL ANATOMIQUE

Nous croyons utile, pour mieux expliquer certains points de la technique, de faire un court rappel anatomique :

- 1) du muscle grand droit et de sa gaine ;
- 2) de l'espace intercostal où passera la bandelette aponévrotique ;
- 3) du ligament rond du foie.

## LE MUSCLE GRAND DROIT

Le muscle grand droit de l'abdomen s'insère aux cartilages des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> côtes. Ses insertions se font par trois languettes dont l'externe est la plus élevée et la plus large.

De ces insertions, les fibres descendent verticale-

ment, en formant un large ventre musculaire qui commence à se rétrécir vers l'ombilic.

Le droit présente, dans la partie qui nous intéresse, en général *trois intersections tendineuses*, disposées en zigzag ou obliquement sur la face antérieure du muscle. La longueur et l'épaisseur de ces intersections sont très variables de même que leur nombre et leur situation. Ordinairement, *la troisième répond à l'ombilic*. Les fibres de ces intersections sont *intimement tissées avec les fibres de la face antérieure* de la gaine musculaire et en continuité avec nombre d'entre elles (celles qui viennent du grand oblique, notamment).

#### LA GAINE.

Le muscle grand droit est, en effet, enfermé dans un fourreau rigide.

*Le feuillet antérieur*, celui aux dépens duquel on taillera la languette aponévrotique *est épais*. Il est formé par le tendon du grand oblique et par le feuillet antérieur du petit oblique qui atteint le muscle droit à partir du rebord costal.

Dans sa portion supérieure supra-costale, où le muscle repose sur les côtes et sur les cartilages costaux, la gaine est constituée par le tendon du grand oblique seul, dont les fibres supérieures, arquées, remontent vers l'appendice xyphoïde.

Sur la partie moyenne de la gaine on voit des ori-

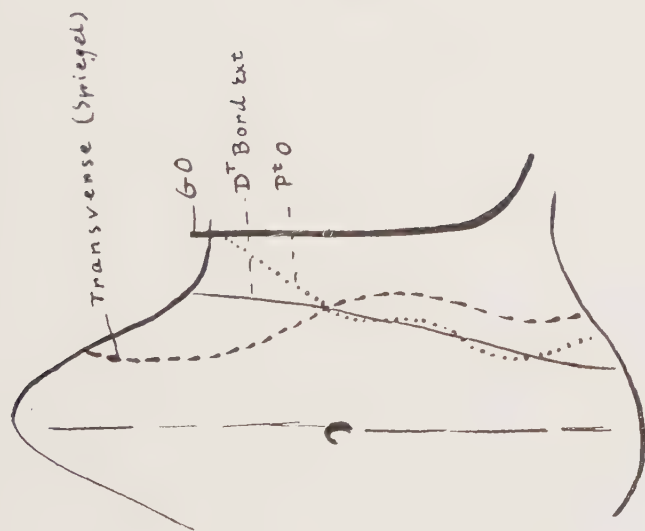


FIG. 3 et 4. — Gaine du muscle grand droit.

fices ovalaires quelquefois assez grands qui laissent passer les branches vasculaires et nerveuses.

Le feuillet postérieur *qui fait défaut dans la partie supérieure pré-thoracique du muscle*, c'est-à-dire entre les 5<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> côtes, présente une particularité remarquable : dans sa partie ombilicale et sus-ombilicale il est dense et résistant : le feuillet postérieur du tendon du petit oblique et le tendon du transverse le constituent, *mais il n'existe pas dans la portion où pénétrera la languette.*

#### *Rapports :*

Ils sont simples. Disons cependant que la face postérieure répond directement à l'épigastrique et à son anastomose avec la mammaire interne, artères qui sont situées entre le muscle et le feuillet postérieur de sa gaine, mais qui sont loin du lieu de pénération de la languette.

#### *Innervation :*

Les branches antérieures des 5 derniers inter-cos-taux arrivées au bord externe du muscle, lui donnent chacune un filet qui, avant de devenir sous-cutané, traverse le muscle de dehors en dedans, en lui abandonnant de nombreux filets. Nous verrons qu'*ils ont peu d'importance dans les suites de la gastropexie.*

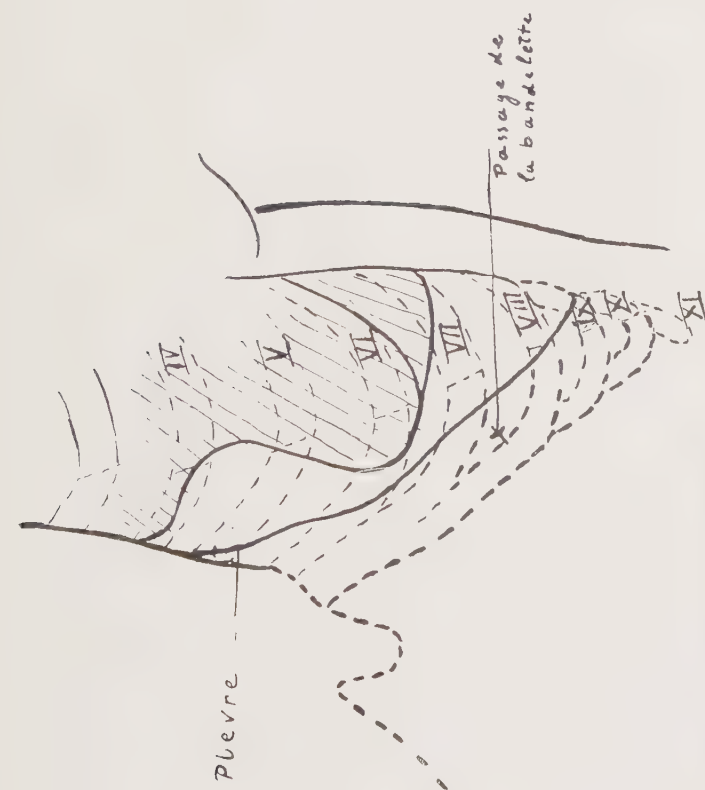


FIG. 5. — Cul-de-sac antérieur de la plèvre.

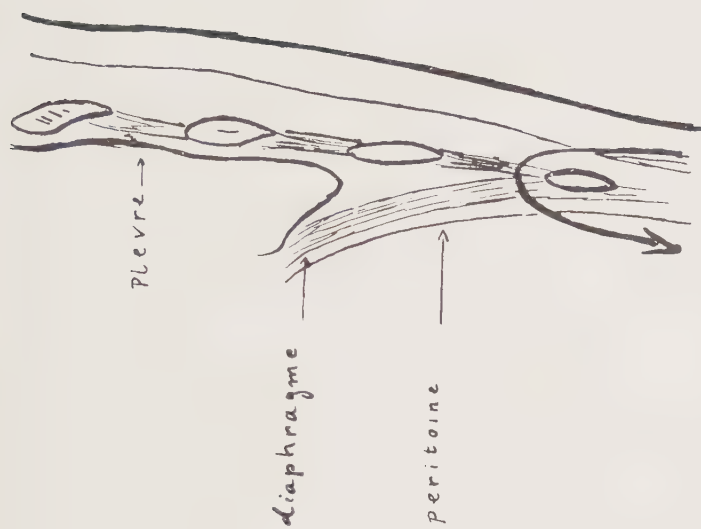


FIG. 6. — La bandelette est conduite dans l'abdomen à travers l'espace infra-pleural. Il n'y a aucun danger de blesser la plèvre.

## L'ESPACE INTERCOSTAL

Cul-de-sac antérieur de la plèvre.

On sait qu'il descend le long du bord gauche du sternum jusqu'au niveau du 4<sup>e</sup> cartilage costal; là, il se sépare du sternum et, s'infléchissant en dehors, vient couper le 5<sup>e</sup> espace à 1 cm., le 6<sup>e</sup> à 15 ou 18 m/m du bord sternal, pour *se continuer au niveau du bord supérieur du 7<sup>e</sup> cartilage costal* avec le cul-de-sac inférieur.

*Il n'y a donc aucun danger d'ouvrir la plèvre au cours de l'introduction de la bandelette*, puisque sur la ligne mamelonnaire le cul-de-sac pleural reste toujours distant du rebord costal de 3 à 4 cm. au moins.

## LE LIGAMENT ROND DU FOIE

Le ligament rond est un cordon oblitéré, reste de la veine ombilicale gauche.

Il occupe le bord libre du ligament falciforme ou suspenseur du foie.

*Sa direction est intéressante à remarquer* : il se dirige très obliquement de gauche à droite à partir de l'ombilie, vers le bord antérieur du foie, où il se continue avec le péritoine qui recouvre le sillon de la veine ombilicale. *C'est la même direction que celle prise par la bandelette aponévrotique lorsqu'elle a fini de suspendre l'estomac.*

D'autre part, son calibre devient de plus en plus

fort au fur et à mesure qu'il se rapproche du foie, et à 1 cm. du bord du foie, il nous a toujours paru, au cours des interventions, *épais et résistant*.

Signalons que le ligament rond est irrigué par une petite artère, anastomose entre le système de l'hépatique et les artères de la paroi abdominale, sur le pourtour de l'ombilic. Egalemeut, un certain nombre de veines-portes accessoires font réseau sur le ligament rond, mais ces petits vaisseaux n'ont aucune importance au point de vue opératoire.

---



B)

## TECHNIQUE OPERATOIRE

### PRÉPARATION DES MALADES.

Il est évident que dans tous les cas on a soigneusement étudié le malade. On a vu l'état des différents appareils, principalement du foie, de la coagulation sanguine, et institué des traitements médicaux appropriés. Si l'on conserve un doute sur la possibilité d'une lésion gastrique, une préparation spéciale a été faite (lavage d'estomac, etc.). Sinon, les soins sont banaux, nous n'y reviendrons pas : diète hydrique de 24 heures précédant l'intervention, et pas de purgation.

La peau de l'abdomen est soigneusement nettoyée dès la veille et protégée par un pansement aseptique.

### ANESTHÉSIE.

C'est toujours au *chloroforme* que nous avons recours. A côté de ses maigres inconvénients, nous lui voyons d'incontestables avantages. Le seul fait d'être

exempt de complications respiratoires est suffisant, à notre sens, pour justifier notre façon de faire. Avec le chloroforme, pas de foyer pulmonaire le lendemain de l'intervention, coïncidant avec une poussée de température pour laquelle on est toujours en droit de se demander si la laparotomie n'y est pas pour quelque chose. Dernièrement, une malade de notre service, Mme P... a été endormie pour gastropexie, par exception au schleich, et n'a pas manqué de faire une congestion pulmonaire inquiétante pendant quelques jours. C'est un hasard, dira-t-on, cependant ?

La tranquillité par le chloroforme, tant pour l'opéré que pour le chirurgien, vaut bien les rares complications auxquelles expose son emploi.

#### INSTRUMENTATION.

Elle sera la plus simple possible. Bien qu'il faille prévoir un certain nombre d'instruments en cas de surprise lors de l'exploration de l'estomac.

Ils consistent en :

- un bistouri;
- une pince à disséquer à griffes et une sans griffe ;
- deux paires de ciseaux droits;
- six pinces de Péan, six Kocher, six Chaput;
- une pince de J.-L. Faure, à utérine, ou mieux, *la pince que M. LAMBRET a fait faire spécialement pour sa technique par DELACROIX*;
- deux aiguilles de Reverdin à chas mobile : une

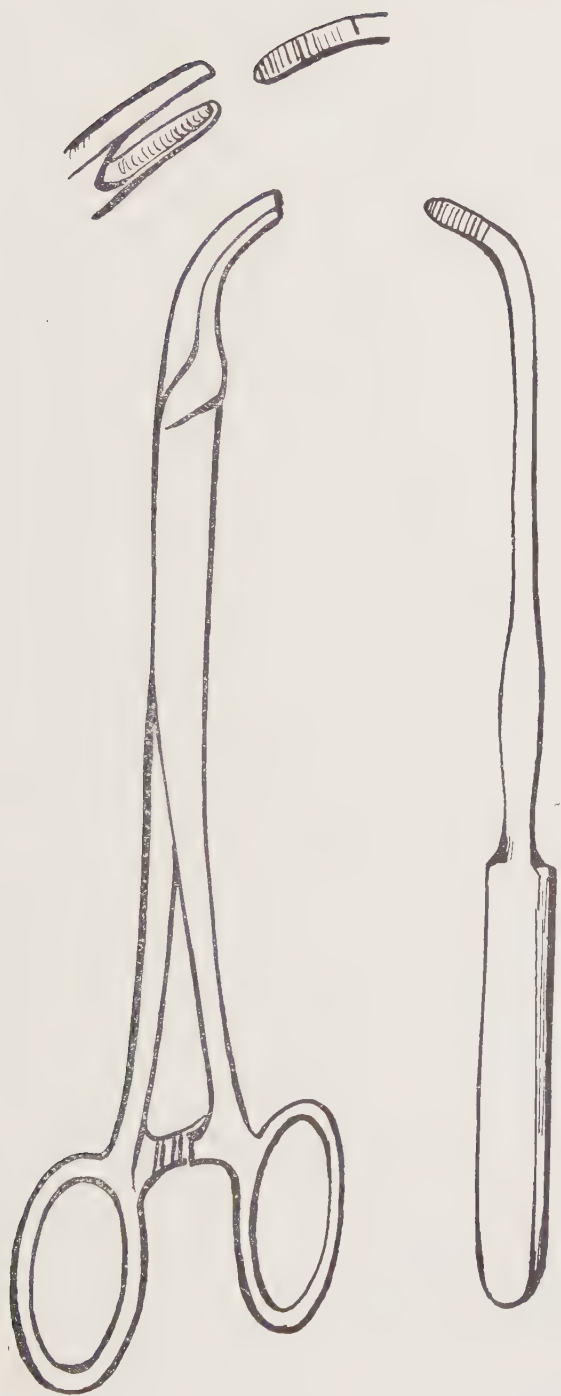


FIG. 7. — Pince et cathéter de M. le Prof. LAMBRET  
pour l'introduction de la bandelette.

forte et de courbure moyenne pour la paroi, et une pour la chirurgie gastrique;

— une pince à agraffes et son chariot;

— quatre pinces à champs;

— un écarteur de Gosset.

#### POSITION DE L'OPÉRÉ. — PRÉPARATION DU CHAMP OPÉRATOIRE.

Tronc en hyperextension, soit par la tablette spéciale de certaines tables d'opération, soit par une simple alèze passée sous les reins du malade ou plutôt *sous la base du thorax*.

Stériliser la paroi à la teinture d'iode par deux couches successives de teinture d'iode à 1/20, et en dépliant l'ombilic qui sera très près de l'incision.

#### L'OPERATION

L'opérateur se place à droite du malade, un aide en face de lui. Lorsque le malade commence à dormir, les champs sont assujettis à la paroi.

Nous plaçons d'abord les deux champs latéraux, dont les bords internes sont médians et tangents. Nous disposons ensuite les deux champs horizontaux, l'un passant en bas par l'ombilic et l'autre en haut par l'appendice xyphoïde.

Une pince à champ sur l'ombilic et une au niveau de l'appendice xyphoïde assujettissent les 4 champs qui limitent la région opératoire.

TECHNIQUE PROPREMENT DITE.

Elle comprendra les temps suivants :

- I. Incision de la paroi et exploration abdominale.
- II. Prélèvement de la bandelette aponévrotique.
- III. Passage de la bandelette à travers l'espace intercostal.
- VI. Couissage de la bandelette le long de la grande courbure.
- V. Fixation de la bandelette au ligament rond du foie.
- VI. Fermeture de la paroi abdominale.

**1° Incision de la paroi et exploration abdominale.**

On commence toujours, cela va de soi, par une laparotomie médiane sus-ombilicale. Elle remonte en haut jusqu'à l'appendice xyphoïde car l'origine du ligament rond peut être élevée.

En bas, on sectionne souvent ce ligament au niveau de l'ombilic, mais c'est sans importance puisque seule l'extrémité hépatique sera employée.

Les différents plans sont rapidement incisés. On procède alors à l'exploration complète du carrefour sous-hépatique, et après s'être bien rendu compte qu'il n'existe pas de lésions associées (1) qui nécessiteraient une opération complémentaire lorsqu'on est sûr qu'il s'agit bien de ptose simple (que nous avons seule en vue), on passe au deuxième temps de l'intervention.

---

(1) Il nous est arrivé personnellement de partir pour une gastropexie et de trouver un ulcus commandant une gastro-entérostomie.

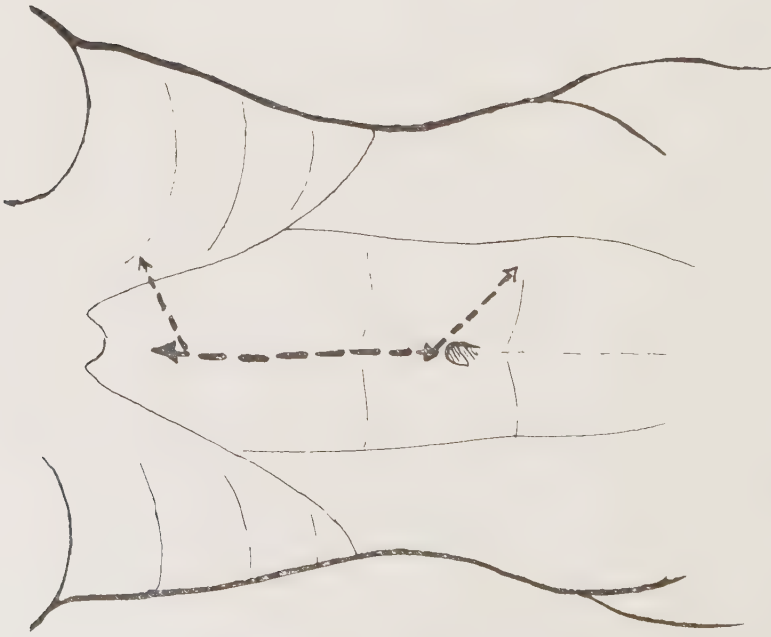


FIG. 8. — Incision unique.

L'incision de laparotomie médiane est prolongée pour la prise de la bandelette en bas, obliquement, et, en haut, si c'est nécessaire.

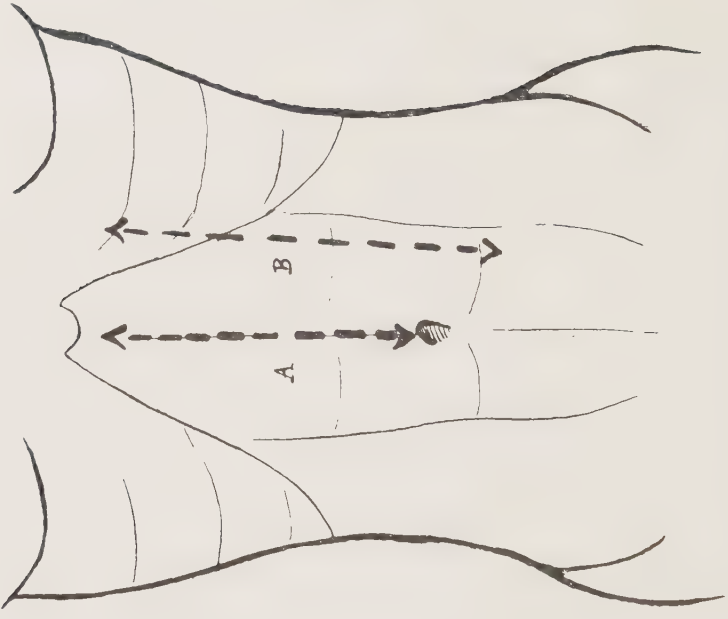


FIG. 9. — La double incision est meilleure.

A. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

B. — Incision pour la prise de la bandelette.

## 2° Prélèvement de la bandelette aponévrotique.

C'est, à notre avis, le *temps* délicat, mais qui est facile si on le fait méthodiquement et sans trop se presser.

C'est le temps important puisque c'est sur lui que repose le procédé de LAMBRET.

Pour mettre à nu la face antérieure de l'aponévrose du grand droit gauche, on peut prolonger l'incision à son extrémité inférieure par une incision oblique de 4 ou 5 cm. de longueur intéressant uniquement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On rabat ainsi vers la gauche un lambeau qui est disséqué au ras de l'aponévrose : c'est le procédé employé par M. LEURET. Il ne nous a pas paru que l'hémorragie ait jamais été très gênante, surtout si le décollement est poursuivi à la compresse.

Néanmoins, à cause du décollement et du danger d'hématome qui peut avoir son importance chez des malades fatigués ou qui font des troubles de la coagulation sanguine, nous croyons qu'il est préférable, comme le fait toujours maintenant M. LAMBRET, de mettre à nu l'aponévrose par une incision distincte.

On fera une incision parallèle à la première, distante de 4 à 5 cm., un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

Elle commence à deux doigts au-dessus du rebord costal. Elle finit à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

Cette double incision gagne largement en sécurité ce qu'elle peut perdre en esthétique. Elle est, d'au-

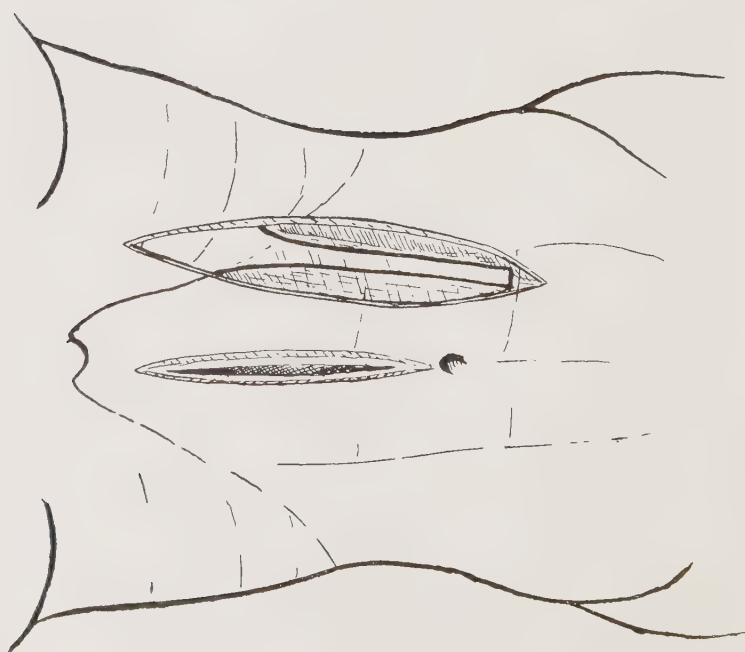


FIG. 10. — *Tracé de la bandelette.*

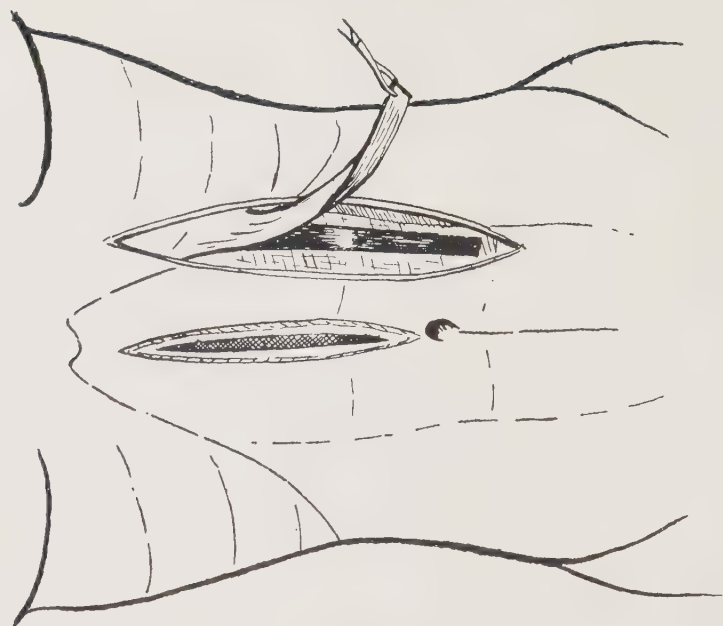


FIG. 11. — *Libération de la bandelette.*

tre part, sans inconvénients : on n'a jamais observé de sphacèle de la peau comprise entre ces deux incisions.

Par cette incision, on met donc à nu la face antérieure du grand droit gauche.

*Où doit-on prendre la bandelette?*

Sur le feuillet antérieur de la gaine du droit qui est la formation la plus résistante de la région.

M. LAMBRET a quelquefois utilisé une languette prise aux dépens de l'aponévrose du grand et du petit oblique, juste en dehors du grand droit, mais il a abandonné cette manière de faire pour deux raisons : l'insertion supérieure de la bandelette est un peu trop externe et sa résistance n'est pas toujours suffisante.

Pour avoir une languette solide, nous avons pris une fois de l'aponévrose du tenseur du fascia lata (Obs. n° IX), mais c'est une complication inutile et l'attache gauche de cette languette est difficile, on peut redouter qu'elle ne soit pas solide. Or, c'est le point fixe de *la suspension, celui qui doit soutenir le poids de tout l'estomac.*

Il faut donc prendre l'aponévrose du grand droit près *du bord externe du muscle*, c'est l'endroit où elle est la plus résistante. Si on la prenait plus en dedans, la suspension serait trop interne et trop verticale.



FIG. 12. — *Extrémité supérieure de la bandelette.*

On débride surtout en dedans le long du rebord costal, de façon à former une charnière.

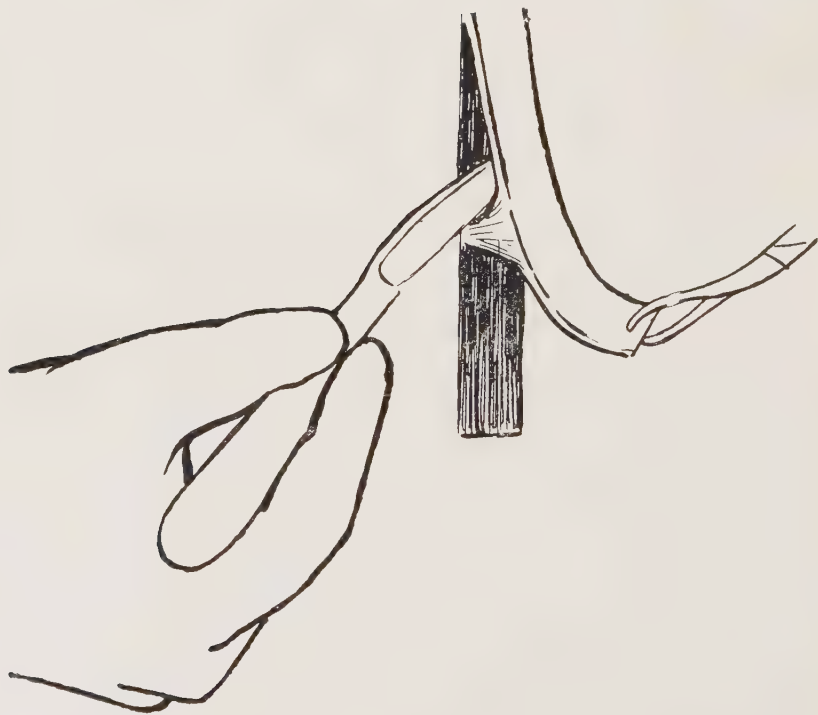


FIG. 13. — *Dégagement de la bandelette au niveau d'une intersection aponévrotique de haut en bas.*

Avec le bistouri, on commence par tracer légèrement et soigneusement les contours de la bandelette.

*La longueur* doit être de 12 à 13 cm., ainsi elle descendra un peu au-dessous de l'ombilic. Cette longueur est toujours suffisante.

*La largeur* sera de 2 cm., sauf en haut au niveau de son attache costale, qui doit être le point le plus solide. Elle va en *s'évasant* à ce niveau, atteignant 3 cm. au niveau du pédicule.

La libération de la bandelette du muscle sous-jacent est facile. Elle se fera de bas en haut, au bistouri et à la compresse.

*Au bistouri*, à son origine qui doit être carrée, et au niveau des *intersections aponévrotiques* où il faut prendre bien garde de ne pas couper la bande.

Il suffit pour éviter cet accident, *d'empiéter* sur l'intersection aponévrotique et au besoin pour mieux la voir, de décoller au bistouri un peu au-dessus de l'intersection avant de la sectionner (fig. 13).

Entre les intersections on décolle à la compresse, on respecte ainsi les faisceaux musculaires du grand droit et on n'a qu'une hémorragie minime : seulement deux ou trois vaisseaux perforants que le plus souvent nous n'avons même pas été obligés de ligaturer. Arrivé au niveau du pédicule, on débride surtout en dedans, le long du rebord costal. On crée ainsi une véritable charnière à la bandelette (voir fig. 12). Un champ abdominal placé sur la brèche créée dans la gaine du droit, la protège et donne à l'hémostase le temps de se compléter.

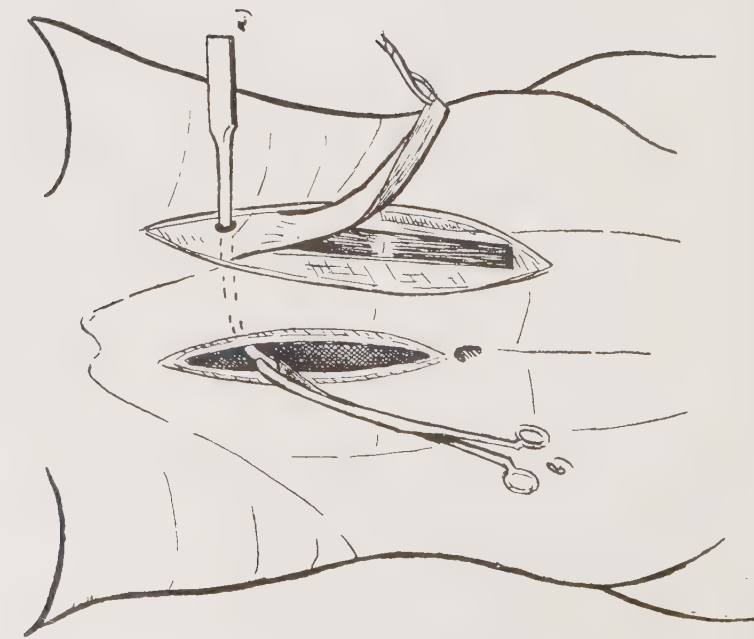


FIG. 14. — Le cathéter (a) va chercher la pince (b) qui ramènera la bandelette dans l'abdomen.

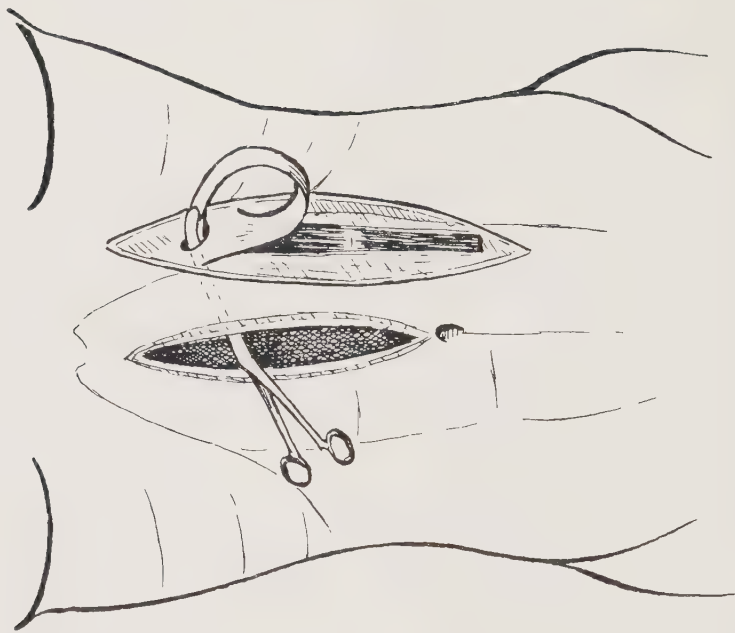


FIG. 15. — La pince amène la bandelette dans l'abdomen.

### 3° Passage de la bandelette à travers l'espace intercostal.

On choisit l'espace *le plus propice*. C'est ordinairement le 7°. Nous avons vu qu'il n'y a aucun danger de blesser la plèvre. Après une courte incision de l'aponévrose au bistouri, au niveau de l'espace intercostal, une pince assez longue (un clamp par exemple ou une pince de J.-L. Faure pour artère utérine) est poussée au ras du bord supérieur de la côte à travers la paroi vers l'abdomen. Elle sert de conducteur pour guider une seconde pince en sens inverse de l'abdomen vers la peau, et cette seconde pince ramène enfin dans le ventre l'extrémité libre de la bandelette.

Cette introduction est facile. Il faut bien prendre la bandelette suivant son axe et par son extrémité.

D'ailleurs, pour la faciliter encore et pour ne faire que le minimum de dégâts, M. LAMBRET a fait construire un instrument spécial qui se compose d'un cathéter (qui joue le rôle de la première pince), et d'une pince dont les mors s'articulent avec le cathéter (voir fig. 7). Avec le cathéter, on effondre facilement la paroi et on n'a même pas besoin d'inciser l'aponévrose au bistouri.

### 4° Suspension et coulissage de la grande courbure.

C'est le temps capital de l'intervention dont dépendra en grande partie le résultat final.

Il comprend schématiquement deux manœuvres opératoires distinctes :

1) *Enfouissement de la bandelette* dans un canal séro-séreux tout le long de la grande courbure.

2) *Coulissage de la grande courbure.*

Mais ce sont deux manœuvres inséparables que l'on pratique simultanément.

On commence par extérioriser la grande courbure le plus haut qu'il est possible. Dans les cas de ptose, l'estomac se laisse facilement attirer en bas jusqu'au pubis. D'autre fois il n'est pas très descendu, mais à la main qui le palpe, il donne une impression de manque de tonicité tout à fait spéciale.

La bandelette, toujours maintenue à son extrémité par une pince, est tendue et appliquée exactement le long de la grande courbure.

On se servira de fil de soie N° 1, huilé ou paraffiné, pour qu'il glisse mieux. M. LAMBRET se sert d'une aiguille Hagedorn, l'aiguille de Reverdin est aussi commode.

Le premier point qui amorce le canal séro-séreux autour de la bandelette sera *haut placé*, puis ce canal est continué soit par des points séparés, *soit mieux par un surjet*, qui est plus rapide.

Il faut que la bandelette puisse glisser librement dans son tunnel, qui ne doit être ni trop grand, ni trop serré. On risque toujours de le faire *trop étroit*.

*Il faut faire attention de ne pas transfixier la bandelette.*

Les points inférieurs placés exactement sur la grande courbure sont espacés de 3 cm., les supérieurs

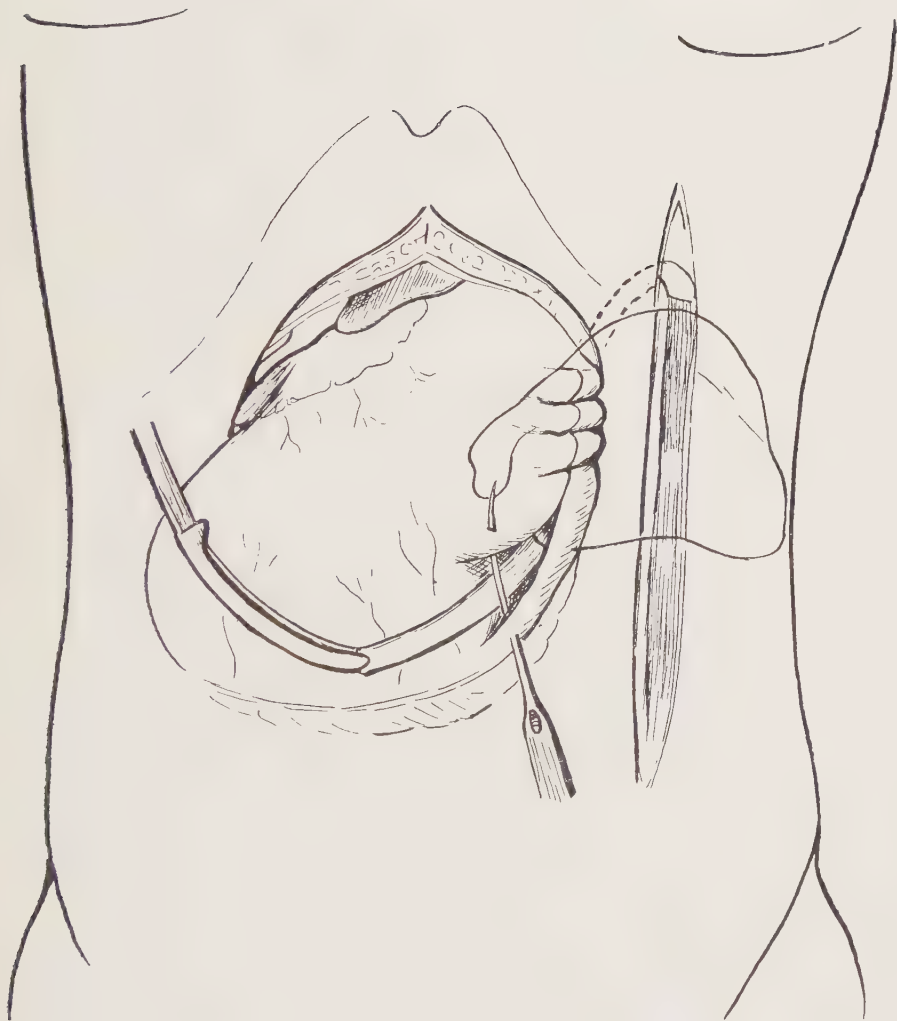


FIG. 16. — *Enfouissement de la bandelette.*

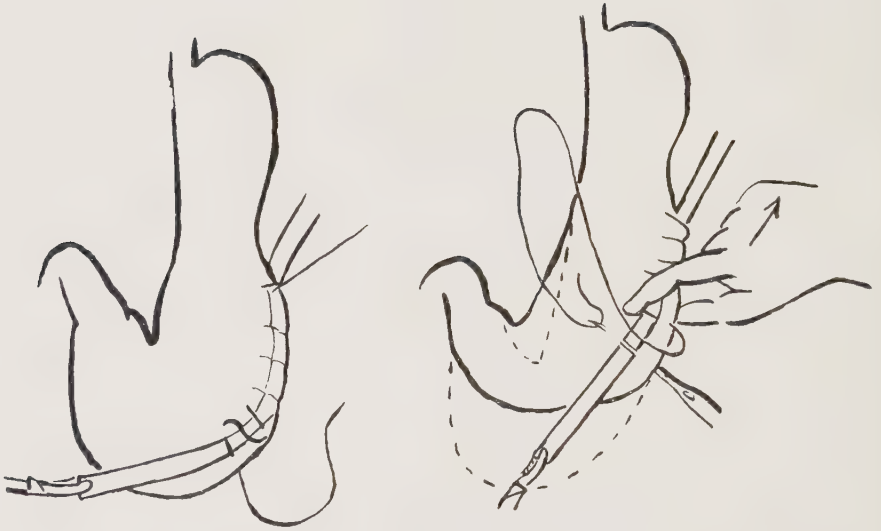


FIG. 17. — *Manœuvre du coulissage de l'estomac sur la bandelette.*  
(LAMBRET. *Archives de gastro-entérologie*, Mai 1931.)

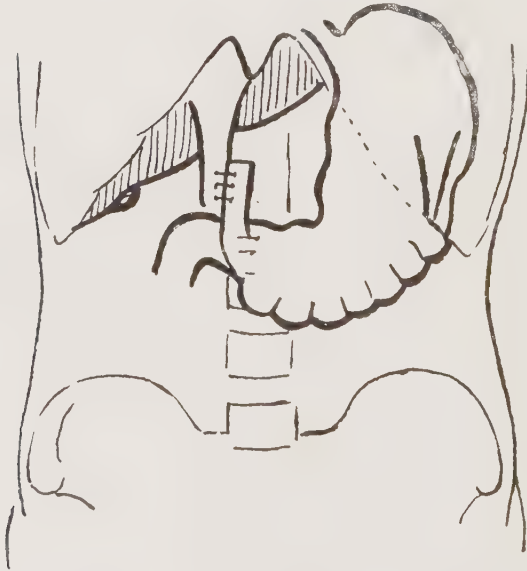


FIG. 18. — *Suspension terminée.*  
(LAMBRET. *Presse médicale*, 11 décembre 1929.)

de 1 cm., ainsi la grande courbure est rétrécie et légèrement plicaturée par le seul fait du surjet d'enfouissement. Il est évident que ces points seront placés entre les vaisseaux qui montent vers la face antérieure de l'estomac.

Vers l'antré, les points sont un peu rapprochés et deviennent parallèles, de façon à respecter autant que possible le calibre de cette partie de l'estomac.

Au cours de cet enfouissement, on est surpris par le peu de longueur de la bandelette qui semble courte, par rapport à la grande longueur de la grande courbure de cet estomac ptosé. C'est alors que pour relever l'estomac et faire disparaître le bas-fond gastrique, intervient *la manœuvre de coulissage*. On fait glisser l'estomac sur la bandelette vers la gauche, vers l'origine de la suspension « comme un rideau sur une tringle », tous les trois points par exemple. La bandelette redevient assez longue.

Il faut remonter le bas fond *le plus possible*, il ne faut pas craindre de *pécher par excès*.

Arrivé à 3 ou 4 cm. du pylore, qui doit toujours rester parfaitement libre et garder toute sa mobilité, on se rend compte si l'estomac est assez remonté, et si c'est nécessaire, on fait un dernier coulissage.

Le surjet est alors arrêté, et *on fixe la bandelette à la paroi gastrique*, au point où elle sort de son canal.

Cette fixation qui assure la fixité du coulissage, se fait par trois points en pont, étagés verticalement, de manière à ne pas rétrécir le calibre ni gêner le fonctionnement du pylore. Bien fixée, la bandelette

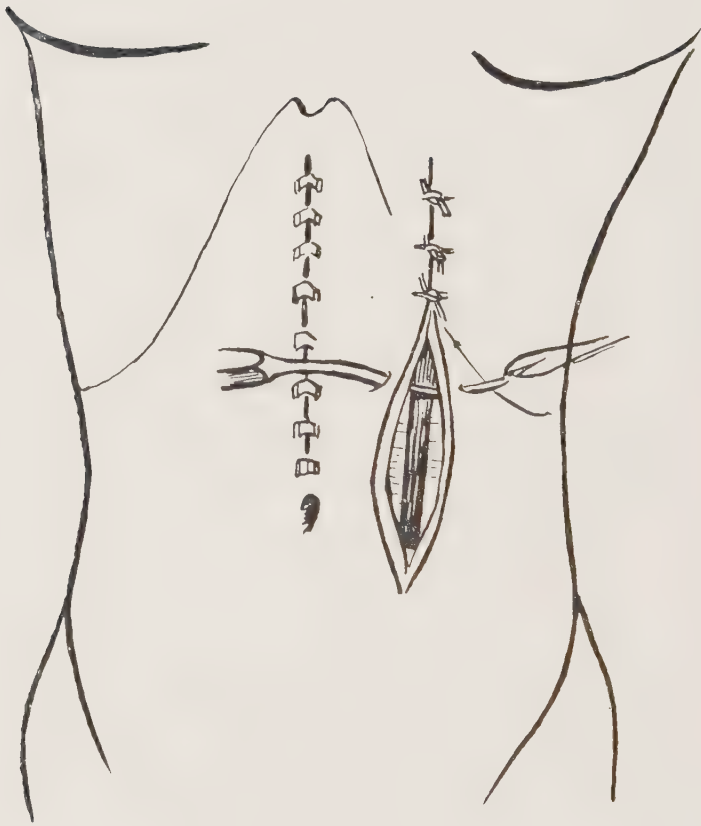


FIG. 19. — *Fermeture de la paroi.*

- 1° Fermeture de la laparotomie médiane;
- 2° de l'incision latérale, en ne suturant pas l'aponévrose, mais avec un petit drainage déclive.

n'a jamais été une cause de sténose pylorique. On passe toujours facilement le doigt derrière le pylore qui a toute la place voulue.

#### **5° Fixation de la bandelette au ligament rond du foie.**

La direction prise par la bandelette la conduit pour ainsi dire au devant du ligament rond, et il ne reste plus qu'à la fixer solidement à celui-ci par deux ou trois points solides, à 1 centimètre environ de l'émergence hépatique. « On peut l'utiliser sans crainte comme second point d'attache de la suspension, car il est toujours à ce niveau suffisamment résistant. »

On n'a jamais observé de lâchage de la suspension à ce niveau.

Lorsque le foie est descendu, M. LAMBRET complète volontiers par un « froncement du ligament triangulaire », c'est un détail.

#### **6° Fermeture de la paroi abdominale.**

Elle est simple.

On fermera d'abord l'incision de laparotomie médiane, soit par un aller et retour au catgut sur le péritoine et sur l'aponévrose, soit par un surjet au catgut sur le péritoine et des points au fil de lin prenant la peau, l'aponévrose et le muscle.

Agrafes sur la peau ou fil de soie qui, peu serrés, affrontent très bien et laissent le minimum de cicatrice.

(M. LAMBRET ferme avec des fils de soie perdus, crins et agrafes.)

On ferme en dernier l'incision latérale. L'hémotase est habituellement complète à ce moment, on est cependant quelquefois obligé de poser deux ou trois ligatures au plus sur des perforantes.

Dans nos observations, nous avons souvent tenté de suturer les bords de la brèche aponévrotique, c'est souvent difficile, d'autre part, cette deuxième suture aponévrotique tire sur la suture médiane et occasionne un froncement disgracieux.

Le mieux est de ne pas s'en occuper, il n'y a aucun inconvénient à ne pas la fermer et à laisser le muscle non recouvert d'aponévrose (nous reviendrons sur ce point).

Enfin, on place toujours un petit drainage au bas de cette incision (faisceau de crins laissé 24 heures).

Fermeture de la peau comme précédemment et pansement légèrement compressif à la manière de Scultet, avec leucoplaste.

Au cours de cet exposé, nous avons surtout insisté sur les détails de technique, et celle-ci peut paraître compliquée.

Or, il n'en est rien. Elle est extrêmement facile et même rapide. Nous avons vu un de nos maîtres la pratiquer en moins d'une demi-heure. Aussi n'en résulte-t-il aucun choc opératoire.

La grande qualité de cette opération, celle sur laquelle on ne saurait trop insister, c'est sa *bénignité*.

Si PERTHES, dans une opération similaire, accuse une mortalité de 4 %, il a paru à M. PAUCHET, à M. LAMBRET et à nous-mêmes, que cette mortalité était bien trop élevée. (M. PAUCHET ajoute que c'est là celle des gastrectomies!)

La mortalité doit être considérée *comme nulle* dans les cas où l'on fait la simple gastropexie, sans opération associée. La grande bénignité de l'intervention est donc tout à fait remarquable si l'on songe qu'il s'agit souvent de sujets de moindre résistance. Et tout nous porte à croire que cette bénignité une fois reconnue, le nombre des gastropexies pratiquées sera plus grand.

## INCIDENTS

### I. Au cours de l'intervention

*Rupture de la bandelette.* — Un geste malencontreux ou trop pressé, une bandelette trop étroite, certaines aponévroses friables, peuvent être la cause d'une rupture de la bandelette. Cet accident est toujours réparable. M. LAMBRET nous en a signalé deux cas, et personnellement nous en avons vu un dont nous ne pouvons apprécier les conséquences, car trop récent.

Ceci n'arrivera pas si on prend les précautions que nous avons indiquées.

*Blessure de la plèvre.* — PERTHES en a signalé un cas que M. LAMBRET attribue à une anomalie anatomique.

Cette blessure est d'ailleurs sans gravité au cours d'une intervention essentiellement aseptique. Elle n'est pas plus grave que la blessure de la plèvre au cours d'une néphropexie par exemple.

Nous avons vu qu'elle était sûrement évitée en passant la bandelette dans le 7<sup>e</sup> espace.

*Echappée de la bandelette lors du coulissage.* — Si pour une raison quelconque la pince, tenant l'extrémité de la bandelette lâche, il peut être très difficile de rattraper celle-ci au travers du tunnel gastrique, et on peut être amené à refaire son travail.

## II. Dans les suites immédiates.

*Au point de vue général,* pas de choc opératoire, pas de complications pulmonaires. Une fois (Obs. VI) on a observé une petite embolie au 10<sup>e</sup> jour, qui n'a pas empêché la malade de se lever le 19<sup>e</sup> jour.

*Au point de vue local,* on peut observer un hématome (Obs. VII), nous avons vu comment on l'évitait par la double incision et par le drainage.

*Au point de vue fonctionnel,* l'opération est remarquablement bien supportée. Il est rare que l'on ob-

serve des vomissements ou des douleurs. L'alimentation a presque toujours chez nos malades été reprise très rapidement, et au 15<sup>e</sup> jour, lors de leur sortie, elle était le plus souvent normale.

On observe une amélioration caractéristique de l'état général. Pour M. LAMBRET, si cette amélioration ne se produit pas rapidement, il faut soupçonner une stase duodénale méconnue au moment de l'intervention ou apparue depuis lors. Dans quatre cas signalés par M. LAMBRET, les troubles ont disparu par duodéno-jéjunostomie. Ultérieurement, les malades ont retrouvé le bénéfice de la suspension.

Ce phénomène curieux serait dû, pour M. LAMBRET, à un certain degré de sténose au niveau de l'angle duodéno-jéjunal par l'artère mésentérique, le pylore étant fortement relevé par la suspension et les deuxième et troisième portions du duodénum restant en place, il s'en suit une dislocation duodénale qui comprime l'artère.

Enfin, différents auteurs ont signalé quelques douleurs au niveau de l'espace transfixié, survenant après les repas et après la toux. Chez nos malades que nous avons interrogées à ce sujet nous ne les avons pas trouvées, d'autre part il paraît qu'elles disparaissent habituellement très rapidement, en quelques semaines. M. LAMBRET dit ne plus les observer depuis qu'il se sert d'un instrument spécial, moins vulnérant.

---



## TROISIEME PARTIE

### RESULTATS ANATOMIQUES

— CLINIQUES

— RADIOLOGIQUES



## RESULTATS DE LA GASTROPEXIE PAR LA METHODE DE LAMBRET

---

On a des résultats magnifiques.

Nous en jugerons par nos 13 observations. M. LAMBRET a actuellement 110 cas de gastropexie par sa méthode. D'autres chirurgiens l'ont pratiquée plus de 500 fois et on n'a jamais observé d'ennui, sauf dans de rares cas où l'état psychique était gravement atteint.

Ces résultats peuvent être classés en trois chapitres : anatomiques, cliniques et radiologiques.

### RESULTAT ANATOMIQUE

A la fin de l'intervention, l'estomac est solidement suspendu par deux points :

- un point *fixe* très solide, c'est l'attache costale.
- un point *mobile* relativement, participant de la mobilité du foie, c'est l'attache au ligament rond.

L'estomac est remonté en bonne place, la grande

courbure a maintenant des dimensions normales, le bas-fond gastrique a disparu (Fig. 18).

L'estomac garde toute sa mobilité; l'opération est essentiellement physiologique.

L'antré, le pylore et la première portion du duodénum sont devenus *horizontaux* et doivent, par leur nouvelle position, assurer une évacuation facile de l'estomac.

On ne voit donc pas quelles critiques sérieuses on pourrait faire à cette technique de gastropexie.

Cependant trois questions viennent immédiatement à l'esprit :

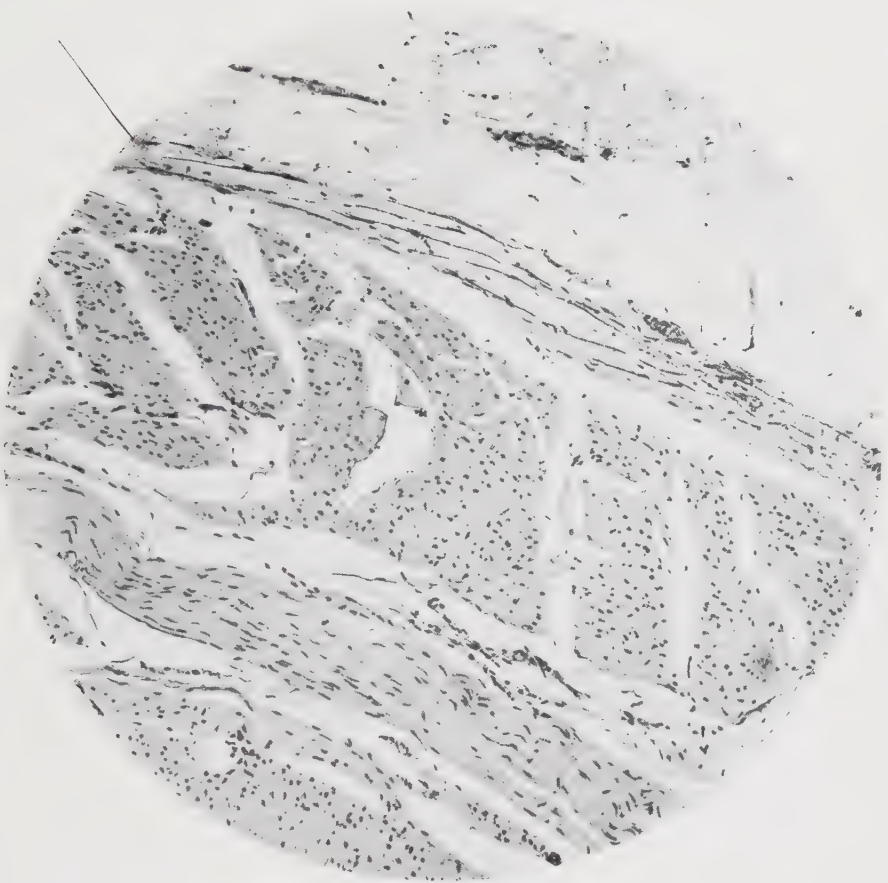
1° *Pourquoi prend-on une bande aponévrotique?*

On pouvait songer à la remplacer par un fil quelconque : soie, tendon de renne, ligament rond, etc... La bandelette a l'avantage de sa solidité, sa fixation facile, et d'être toujours bien supportée. M. LAMBRET déclare : « Plus j'y ai songé, moins j'ai trouvé ».

2° *Que devient la bandelette?*

Il est certain que vu sa longueur, on ne peut prétendre qu'elle se nourrit par son pédicule. M. LAMBRET dit qu'elle se nourrit par imbibition péritonéale. Il n'a pas été donné au cours d'une intervention ultérieure de revoir la bandelette. Mais à quoi bon chercher puisque les résultats cliniques et radiologiques de plusieurs années sont là, montrant le maintien en bonne place de l'estomac.

*Nouvelle aponévrose*



*Fig. 20.*



3° *Que devient la brèche aponévrotique fermée?*

M. LAMBRET a fait faire, depuis plus de deux ans, des expériences sur le chien qui ont montré qu'une néo-aponévrose se reformait rapidement. Aponévrose qui n'est pas du tissu de cicatrice banal, mais possède une zone fasciculée comme l'aponévrose normale. Nous donnons une photographie due à l'obligeance de M. le Professeur LAMBRET, qui montre un muscle grand droit de chien où l'aponévrose s'est reformée et paraît absolument normale, n'adhérant pas au muscle qui garde son libre jeu.

## RESULTATS CLINIQUES

Laissant de côté plusieurs observations trop récentes, nous jugeons surtout d'après les 13 observations du service de M. le Docteur LEURET.

L'amélioration de l'état général a toujours été caractéristique, sauf dans un cas (Obs. VIII), mais l'atteinte de l'état général est due dans ce cas à l'état pulmonaire de la malade.

*Cliniquement*, on observe la suppression des troubles gastriques dans plus de la moitié des cas d'une manière rapide ou immédiate, dans l'autre moitié ils sont très diminués, et les malades se hâtent d'ajouter que « ce n'est plus comparable » (Obs. X) et toutes celles que nous avons revues se sont déclarées très contentes du résultat obtenu.

Disparition des douleurs ou tiraillements épigastriques : Observations 1, 2, 4, 5, 6, 9, 12.

Disparition des vomissements : Observations 4, 7, 12.

Disparition des nausées : Observations 3, 6.

Disparition moins constante des phénomènes coliques, de la constipation : Observation 6.

*Disparition de l'asthénie.* — Cette amélioration de l'état général s'accompagne d'une manière constante, dans nos observations, *d'une augmentation du poids étonnante par son importance et par sa rapidité.*

#### AUGMENTATION DU POIDS

|                     |                                                                        |                                     |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Observation 5.....  | 14 kg. 500                                                             | en 1 an 1/2                         |
| Observation 10..... | 14 kg. 500                                                             | en 1 an                             |
| Observation 11..... | 13 kg. 900                                                             | en 10 mois                          |
| Observation 7.....  | 10 kg.                                                                 | en 1 an                             |
| Observation 12..... | 9 kg. 500                                                              | en 8 mois                           |
| Observation 1.....  | 6 kg.                                                                  | en 6 mois                           |
| Observation 6.....  | 5 kg.                                                                  | en 1 an                             |
| Observation 8.....  | 5 kg.                                                                  | en 1 an                             |
| Observation 13..... | plusieurs kg.                                                          | en 8 mois                           |
| Observation 3.....  | 3 kg.                                                                  | en 1 mois                           |
| Observation 4.....  | 1 kg. 200                                                              | en 2 ans                            |
| Observation 8.....  | 5 kg.                                                                  | en 1 an malgré son état pulmonaire. |
| Observation 9.....  | Poids stationnaire, mais la malade est actuellement atteinte de tœnia. |                                     |

Le cas de l'observation 5 qui semblait complexe puisqu'il s'accompagnait de ptose hépatique, de ptose rénale double, d'un léger degré de prolapsus avec cystocèle, est tout à fait remarquable.

On peut objecter que nos observations sont récentes, néanmoins nous en avons plusieurs dont le recul nous paraît suffisant : 2 ans par exemple pour les observations 3 et 4.

M. LAMBRET en possède qui *remontent actuellement à 4 ans*, et ce délai est assez long pour que les résultats acquis puissent être considérés comme *définitifs*.

Si l'on veut bien se rendre compte que la plupart de ces malades ont été suivis longtemps médicalement, 18 ans (Obs. V), 13 ans (Obs. I), que certaines ont porté une ceinture (Obs. II) sans résultat, on en appréciera d'autant plus les résultats chirurgicaux obtenus par la technique de LAMBRET.

On remarquera enfin qu'une opération associée a été rarement pratiquée : Appendicectomie (Obs. I et II), kyste de Nück (Obs. XIII). Nous avons cru ainsi faire *bénéficier complètement les malades des avantages d'une intervention facile et rapide*.

Nous avons vu M. LAMBRET exécuter des opérations associées ou complémentaires, telles que plicature de la vésicule ou mettre une membrane amniotique de veau au contact de zones dépéritonisées, pour prévenir la formation d'adhérences.

M. LAMBRET signale que sur 56 malades, les lésions du carrefour lui ont imposé dans 17 cas une manœuvre opératoire associée cholécystectomie (2 cas), gastro-colo-suspension (3 cas), duodéno-jéjunectomie

(3 cas), libération d'adhérences péricholécysto-duodénales et péritonisation (10 cas), avec résultats comparables. Mais cette étude sort du cadre de ce travail.

## RESULTATS RADIOLOGIQUES

Nous n'insisterons pas sur ces résultats qui ont été parfaitement décrits par le Docteur BIZARD dans sa thèse (Lille 1929), d'après de nombreuses et très belles radiographies.

Rappelons avec lui qu'on observe des modifications profondes et durables :

*Forte diminution des dimensions verticales de l'estomac.*

Au lieu d'un organe allongé, étiré en sablier dans sa portion moyenne, l'estomac se présente sous une forme à peu près normale. La limite inférieure est le plus souvent ramenée au niveau de la ligne des crêtes. D'ailleurs, nous avons presque toujours pratiqué des examens radioscopiques successifs, et nous avons souvent remarqué que l'estomac remontait proportionnellement au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la date de l'intervention.

Le bas-fond est presque totalement supprimé, ou tout au moins notablement diminué. Ce relèvement de l'estomac est très net (Obs. XII, VII, IX).

Souvent d'ailleurs (PERTHES, PAUL, PAUCHET, LAMBRET) on observe la possibilité de guérisons complètes

chez des malades dont l'estomac est à peine remonté (Obs. V).

*Disparition de l'angulation de la petite courbure.*

L'axe de la région pré-pylorique et du bulbe, de vertical devient oblique et même *horizontal*.

Il en résulte une évacuation facile de l'estomac, grâce aussi à la disparition de la coudure du genu superius entre D<sub>1</sub> et D<sub>2</sub> et une diminution de la hauteur de levée entre le bas-fond et le genu superius.

Nous retrouvons cette horizontalité sur les calques de radioscopie des observations 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13.

La disparition des angles est surtout nette (Obs. 13).

*Disparition des signes d'atonie.*

La disparition des signes d'atonie se témoigne non seulement à l'étude des contractions gastriques, mais aussi par le niveau où remonte la baryte (Obs. XII, II et I).

*Encoches.*

On peut observer des encoches ou même un aspect pseudo-laculaire de la grande courbure. Ces déformations, dues à la suspension, ne sont pas pathologiques, elles sont toujours bien supportées et s'atténuent le plus souvent avec le temps (Obs. I et IX).

*Chute de la paroi postérieure.*

Elle n'empêche nullement la guérison clinique et disparaît souvent progressivement par amélioration de la tonicité gastrique.

En résumé, *le résultat radiologique de la suspension gastrique est le suivant :*

- *Relèvement important de l'estomac.*
- *Disparition des signes d'atonie.*
- *Améliorations constantes des troubles de l'évacuation gastrique ou duodénale.*

Remarquons, pour terminer, la concordance générale dans nos observations entre les différents résultats anatomiques, cliniques et radiologiques. Un bel exemple nous est fourni par l'observation XI où le duodénum était extrêmement descendu, entraînant une gêne au début de la 2<sup>e</sup> portion.

Le bas-fond fut remonté à la hauteur des crêtes iliaques, et le poids augmenta en quelques mois de 10 kilogs.

---

QUATRIEME PARTIE

OBSERVATIONS



## OBSERVATIONS

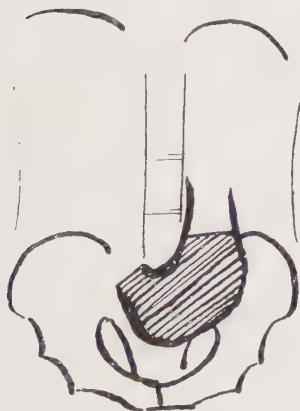
### OBSERVATION I

Mme GIR... Fernande, 35 ans.

Vient pour douleurs au niveau du creux épigastrique, douleurs très capricieuses, variables (10 minutes ou quelques heures après les repas) et s'accompagnant d'éruclations. Pas de vomissements, mais nausées. Pas de constipation. Jamais d'ictère.

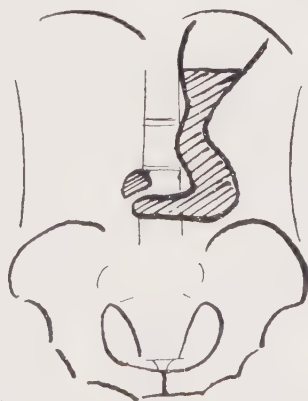
Début il y a 13 ans; accentuation depuis un an.

*Examen* : Point douloureux dans la région cystique (radio = 0). Cœcum dilaté, sensible. Pas de Mac Burney.



*Avant*  
6 mai 1930

Mme GIR...



*Après*  
13 juillet 1931

Fig. 21

*Radioscopie* : (fig. 21).

Bas-fond à quatre travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques. Hyperkinésie et hyper-péristaltisme. Passage normal au pylore.

*Intervention* : 17 avril 1930.

Gastropexie suivant le procédé de LAMBRET. Bande aponévrotique passée dans le 9<sup>e</sup> espace gauche. Coulissage de l'estomac autour de cette bande et fixation à droite à l'aponévrose du grand droit.

Appendicectomie banale. Fermeture en trois plans.

*Suites* : Banales. Sortie au 18<sup>e</sup> jour.

Le 6 mai 1930 : bon état.

*Radioscopie* : (fig. 21).

1) Bas-fond au niveau des crêtes.

2) Péristaltisme normal.

3) Transit pyloro-duodénal normal.

Le 23 octobre 1930 : bon état. La malade a engraisé de 6 kgs.

## OBSERVATION II

Mme LAM... Jeanne, 39 ans.

Hospitalisée en décembre 1929 pour gastropexie. A refusé l'intervention à cette époque.

Revient pour troubles gastro-intestinaux; digestions pénibles, mais pas de vomissements, douleurs épigastriques, constipation habituelle.

Suit un régime alimentaire, mais les troubles persistent.

A porté une ceinture sans résultat appréciable.

Jamais d'hématémèse. Pas de melœna.

Mariée, pas d'enfants, pas de fausse-couche; bien réglée.

*Examen* : Assez bon état général. Aurait maigri de 2 kgs depuis trois mois. Poids : 53 kgs.

Pas de point douloureux épigastrique. Mac Burney très dou-

loureux : on sent le cœcum spasmé et douloureux. Tout le cadre colique est douloureux.

Toucher : rien à signaler.

*Radioscopie* : (fig. 22).

La radioscopie montre un estomac très allongé verticalement et dont le bas-fond affleure le pubis. Les contractions sont lentes mais d'intensité normale.

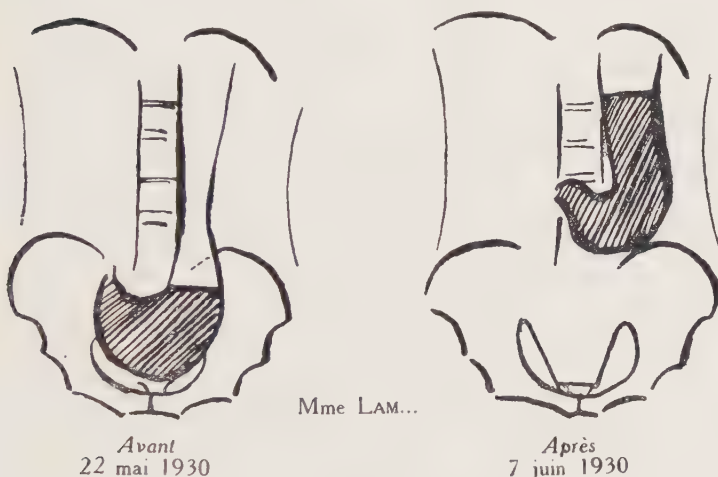


Fig. 22

*Intervention* : 22 mai 1930.

Laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale. Prélèvement d'une bandelette aponévrotique du grand droit gauche. Introduction par le 6<sup>e</sup> espace intercostal gauche. Couissage au fil de lin. Fixation de l'extrémité à la paroi gauche.

Paroi au catgut.

Appendicectomie par JALAGUIER : appendice banal.

*Suites* : 8 juin : plus de douleurs après les repas. Digestions faciles, sauf pour le pain. Parfois encore de la diarrhée post-prandiale. Localement état satisfaisant.

### OBSERVATION III

Mme BEAU... Marie-Louise, 24 ans.

Vient pour troubles digestifs qui ont débuté il y a trois ans. Sensation de pesanteur dans l'abdomen. Ballonnement épigastrique. Lenteur des digestions. Nausées. Soignée au début pour un ulcère, mais la radio révéla une gastropexie simple.

Amaigrissement de 10 kgs.

Règles toujours irrégulières, tous les trois ou quatre mois, et peu abondantes.

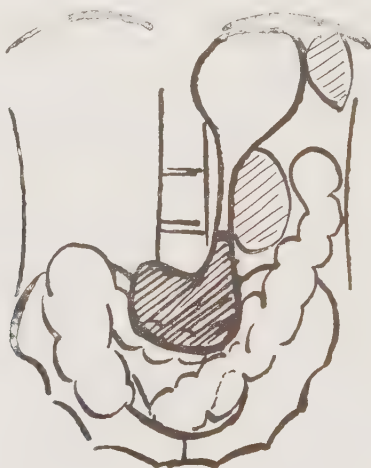
*Examen* : Pas de point douloureux.

Clapotage à trois travers de doigts sous l'ombilic.

Toucher vaginal : rien.

*Radio* : 29 septembre 1930.

Transit gastro-colique normal. Côlon transverse et angle splénique ptosés. Aérocolie très importante, permettant de voir le rein gauche ptosé.



Mme BEAU.

*Avant la gastropexie*  
29 septembre 1930

*Fig. 23*

Estomac présentant une poche à air énorme, un bas-fond extrêmement dilaté et ptosé. Atonie.

Pas de points douloureux. Pas de contractions, mais le pylore se laisse très facilement franchir quand on presse la région pré-pylorique.

*Conclusion* : Aérogastrie et aérocolie; ptose gastro-colo-rénale. Aucun signe de lésion organique.

*Intervention* : 9 octobre 1930.

Laparotomie médiane. Bandelette prise aux dépens du grand droit gauche, passée dans le 7<sup>e</sup> espace. Faufilage en anneau de rideau (points séparés). Extrémité fixée à l'aponévrose du grand droit droit.

*Suites* : Sortie au 17<sup>e</sup> jour. Bon état, digestions faciles.

Le 11 novembre 1932 : la malade donne de ses nouvelles et remercie de son bon résultat. Elle a engraisé dans la première quinzaine de 3 livres 1/2, dans la deuxième de 3 livres.

#### OBSERVATION IV

Mme LEF... Alice, 37 ans.

Vient pour anorexie, digestions lentes et pénibles. Pas de douleurs gastriques véritables, mais sensation de pesanteur et tiraillements. Quelquefois nausées, deux ou trois heures après les repas, aboutissant rarement à un vomissement. Le matin, pyrosis fréquent. Pas de troubles intestinaux.

Mariée, deux enfants, pas de fausse-couche; bien réglée.

*Examen* : Pas d'amaigrissement : poids : 63 kg. 600.

Une radio montre une ptose gastrique accentuée.

*Intervention* : 18 novembre 1930.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Aucune lésion organique de l'estomac, ni de la vésicule. Rien au duodénum.

Gastropexie suivant la méthode de Lambret.

*Suites opératoires* : banales.

Le 24 novembre 1932 : quelques malaises, bouffées de chaleur, mais aucun trouble digestif. La malade se vante de manger de tout.

Poids : 64 kg. 800.

La *radioscopie* montre un bon fonctionnement de l'estomac qui possède une contractibilité et une évacuation normales.

### OBSERVATION V

Mme MAI... Marie, 40 ans.

Entre le 21 mars 1931 pour troubles digestifs et douleurs vagues dans tout l'abdomen qui remontent à il y a 18 ans, mais surtout marqués depuis deux ans.

Douleurs au niveau du creux épigastrique. Digestions difficiles. Ballonnement. Eructations abondantes (début immédiatement après ingestion, et durée 1/2 heure à 2 heures après les repas). Selles normales.

*Examen* : Palpation épi- et hypo-gastrique douloureuse. Clapotage sous-ombilical. Foie descendu, matité ne commençant qu'au

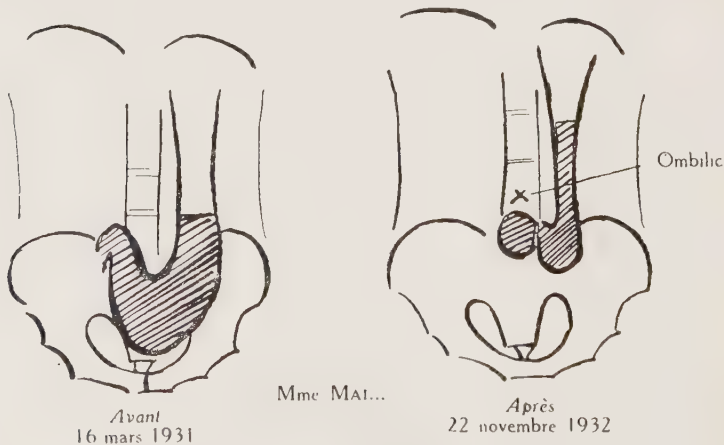


Fig. 24

7<sup>e</sup> espace. Le bord inférieur déborde le rebord costal d'un travers de doigt.

*Ptose rénale double.*

Toucher vaginal : léger degré de prolapsus avec cystocèle.

La *radio* (fig. 24) montre un estomac dont le bas-fond affleure le pubis.

*Intervention* : 13 avril 1931.

Laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale. Prélèvement d'une bandelette aponévrotique d'une largeur de 1 cm., aux dépens de l'aponévrose du grand droit gauche. Fermeture immédiate de la brèche par des points séparés au catgut, puis ouverture de la cavité abdominale sur la ligne médiane. Couissage de la grande courbure sur la bandelette passée par le 6<sup>e</sup> espace gauche et fixée au ligament rond.

*Suites* : banales.

Sortie au 19<sup>e</sup> jour. Poids : 53 kg. 300.

24 novembre 1932 : la malade ne présente plus aucun trouble douloureux ni digestif. Elle déclare avoir un très bon appétit et être une forte mangeuse.

Poids : 68 kgs.

## OBSERVATION VI

Mme LAG..., 34 ans.

Souffre du ventre de façon continue depuis un an, jamais eu de crises aiguës. Nausées mais jamais de vomissements. Digestions lentes. Constipation habituelle. Soignée pour ptose gastrique. Amaigrissement.

Poids : 47 kgs.

*Examen* : Paroi flasque.

Ptose rénale droite.

Pas de douleur au Mac Burney, légère douleur dans la fosse iliaque gauche.

Utérus ballant. Rien aux annexes.

*Radio* : Ptose gastrique; bas-fond à 2 cm. au-dessus du pubis, à 12 cm. au-dessous de la ligne des crêtes.

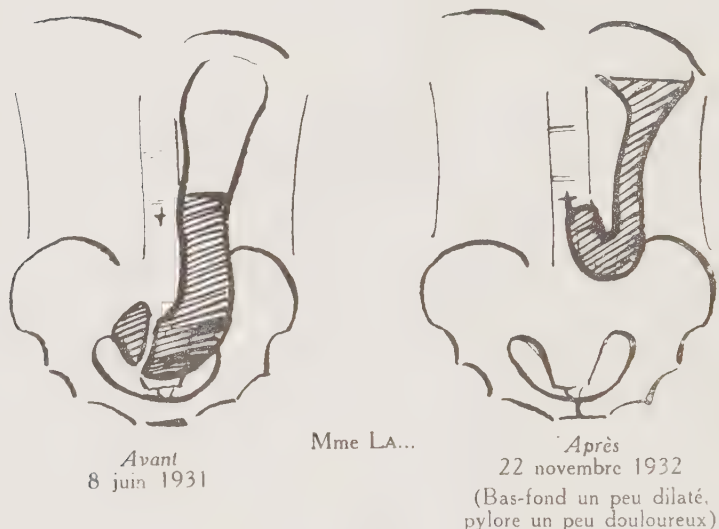


Fig. 25

*Intervention* : 8 juin 1931.

Incision arciforme sus-ombilicale. Prélèvement d'une bandelette aponévrotique sur le bord externe du grand droit, un peu large, mais pas assez longue. Ouverture du péritoine sur la ligne médiane. Transfixion du 6<sup>e</sup> espace gauche. Fauilage le long de la grande courbure. Solidarisation au ligament rond. Fermeture de la ligne médiane. Tentative de rapprochement par points séparés des deux lèvres de la gaine du droit.

*Suites* : Petite embolie au 10<sup>e</sup> jour, avec réaction liquidienne.

Lever au 19<sup>e</sup> jour.

Le 6 octobre 1931 : bon état. Poids : 50 kgs.

Novembre 1932 : Bon état. Très légers tiraillements après les repas, mais aucun trouble douloureux véritable. Aucun trouble digestif. Poids : 55 kgs.

OBSERVATION VII

Mme MAH... Marcelle, 37 ans.

Souffre depuis quatre ans dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs ont débuté après un accouchement et coïncident avec l'apparition d'un ictère qui a duré un bon mois.

Depuis, digestions mauvaises, vomissements fréquents, surtout le matin et même après les repas, pas de constipation.

Amaigrissement depuis 10 mois de 7 kgs.

Poids : 42 kg. 800.

Bien réglée. Mais beaucoup de pertes blanches.

*Examen* : Douleur au point de Mac Burney.

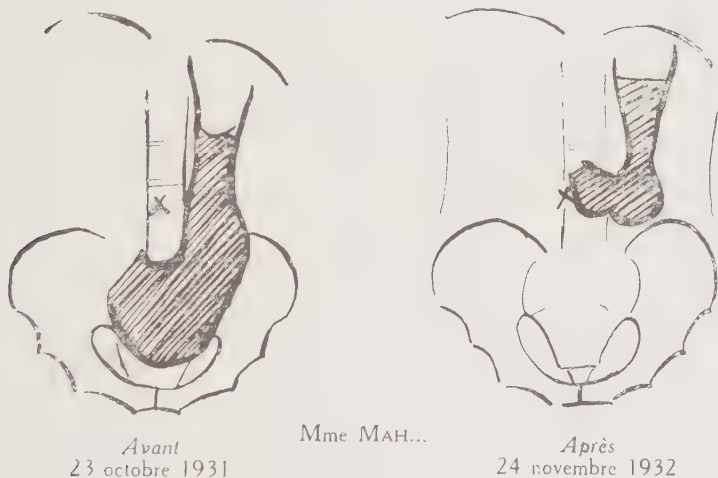


Fig. 26

La région vésiculaire et épigastrique se laisse largement déprimer sans douleur. Pas de ptose rénale.

Toucher : utérus en bonne place. Cul-de-sac latéral gauche douloureux.

*Radioscopie* : (fig. 26.)

La radio montre une ptose gastrique avec bas-fond à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

*Intervention* : 26 octobre 1931.

Gastropexie par le procédé de LAMBRET.

Pas d'appendicectomie.

*Suites* : Gros hématome de la paroi qui fait que la malade n'est guérie que le 24<sup>e</sup> jour.

24 novembre 1932 : la malade est en bon état, elle suit un léger régime, mais ne présente pas de troubles digestifs.

Poids : 52 kgs.

### OBSERVATION VIII

Mme PAU... Rose, 33 ans.

Traitée depuis un an pour ptose gastrique. Le traitement médical n'a pas eu de résultat heureux.

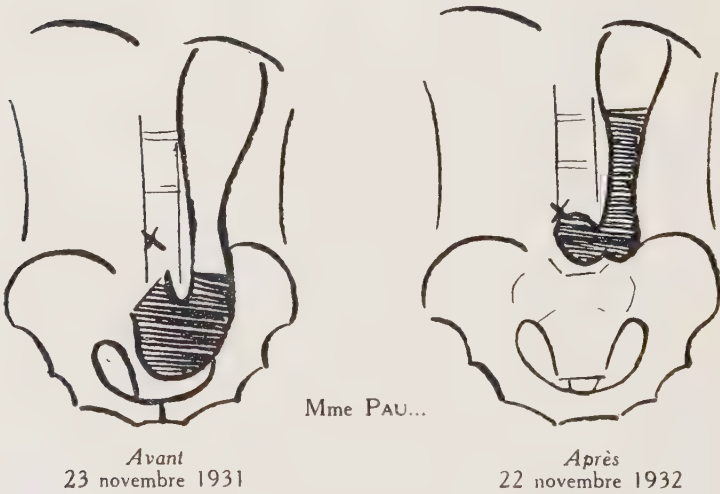


Fig. 27

L'état gastrique et l'état général s'aggravent. Amaigrissement de 10 kgs depuis un an.

Poids : 45 kgs.

Constipation avec état nauséux le matin et au moment des repas.

Bien réglée, quatre enfants, pas de fausse-couche.

A fait un an de sanatorium.

*Examen* : Appendicite chronique et ptose gastrique confirmée par la radioscopie.

Toucher : utérus normalement gros, antéfléchi (sans symptômes urinaires). Rien aux annexes.

*Intervention* : 25 novembre 1931.

Incision curviligne. Prélèvement d'une bandelette aponévrotique sur la bordure externe du grand droit gauche en dehors de la gaine. Fermeture de la brèche.

Laparotomie. Faufilage après transfixion du 8<sup>e</sup> espace. Fixation de la bandelette au ligament rond. Fermeture de la paroi au catgut.

Pas d'appendicectomie.

*Suites* : normales.

Lever au 15<sup>e</sup> jour.

Sortie au 16<sup>e</sup>.

Le 22 novembre 1932 : Poids : 50 kgs. Digestions difficiles. Irrégularité des selles. Régime obligatoire.

*Mais mauvais état pulmonaire.*

## OBSERVATION IX

Mme CRO..., 23 ans.

Souffre depuis deux ans. Douleurs gastriques survenant un quart d'heure après les repas. Douleurs évoluant par poussées, soulagées par les vomissements.

Amaigrissement de 5 kgs en deux ans.

Poids : 47 kgs.

Mariée. Pas d'enfants. Une fausse-couche de 2 mois. Bien réglée. Règles abondantes, durant cinq jours, douloureuses.

*Examen* : Point douloureux net sur le bord externe du grand droit droit, au niveau de l'épigastre.

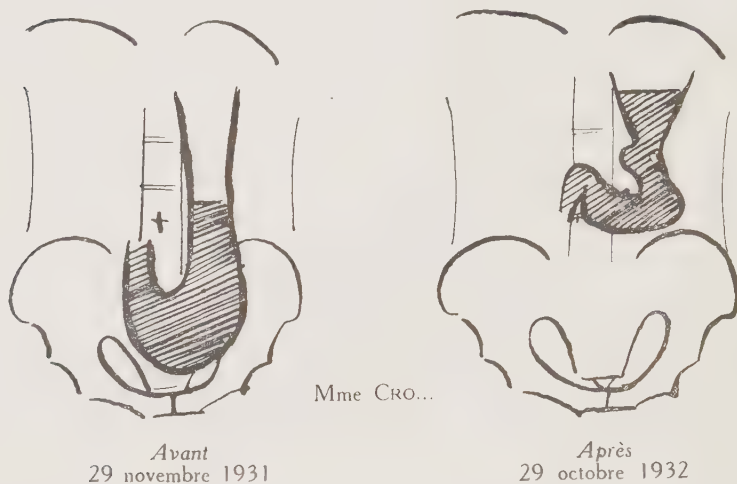


Fig. 28

Clapotage gastrique.

Mac Burney légèrement douloureux.

Toucher vaginal : rien à signaler.

*Intervention* : 30 novembre 1931.

Gastropexie à l'aide d'un lambeau de fascia lata, fixée d'une part à l'aponévrose du droit, de l'autre au ligament suspenseur du foie, et introduit le long de la grande courbure après décollement épiploïque.

Surjet aller et retour dans la paroi.

*Suites* : normales.

Sortie au 16<sup>e</sup> jour.

Le 24 novembre 1932 : très bon état, mais ne supporte pas encore certains aliments tels que les farineux, les choux, le vin, le café, qui lui donnent des aigreurs.

Poids stationnaire : 47 kgs.

OBSERVATION X

Mme TRO..., 40 ans.

Vient pour troubles de l'état général : très grande fatigue, et troubles digestifs consistant en : sensation d'étouffements et brûlures d'estomac après les repas. Constipation. Jamais de vomissements mais nausées. Anorexie.

Nervosité. Insomnie.

Poids : 47 kg. 500.

*Examen et radio* : concluent à ptose gastrique accentuée.

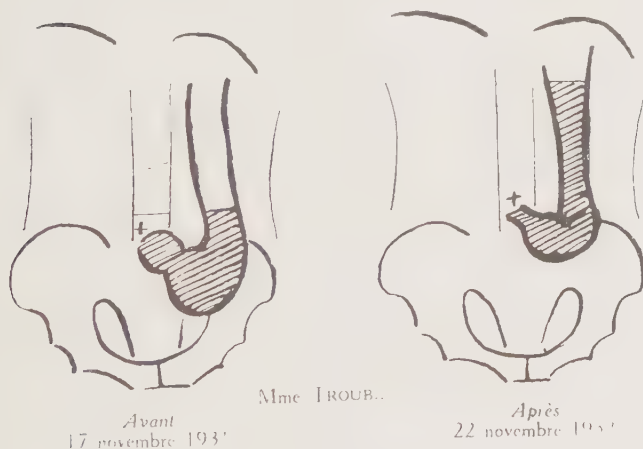


Fig. 29

*Intervention* : 8 décembre 1931.

Gastropexie par la méthode de LAMBRET.

Suites : normales.

Revue le 22 novembre 1932 : bon état.

Ressent encore quelques nausées et brûlures, mais ce n'est plus comparable.

Beaucoup moins constipée.

Cicatrice indolore.

Poids : 62 kgs.

OBSERVATION XI

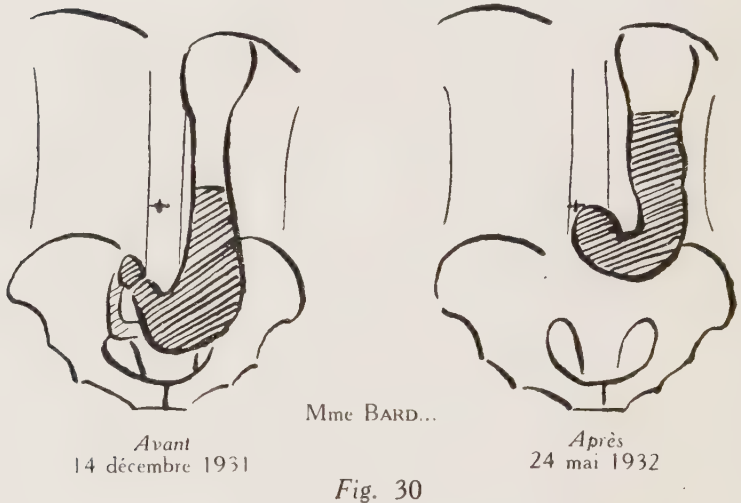
Mme BAR... Suzanne, 45 ans.

Opérée en janvier 1928 pour appendicite.

Revient pour lenteur des digestions, sensation de clapotage avec ballonnement après les repas.

Poids : 63 kg. 800.

Radio : 9 janvier 1928 (voir fig. 30).



L'estomac est vide à jeun. Transit gastro-intestinal de durée normale. Estomac très grand, dont le bas-fond est très bas dans la fosse iliaque gauche. Chambre à air gastrique sous tension. Contours souples, nettement disséminés, d'aspect sain. Péristaltisme tardif, puis normal.

Le pylore est libre et perméable. Le bulbe se remplit bien, mais plusieurs fois se revide par le pylore. Il y a une gêne au début de la deuxième portion, même couchée. Lorsqu'elle est vaincue, le transit duodénal s'achève rapidement.

Le gros intestin est ptosé. Cette ptose est réductible. Il n'y a nulle part de modifications de calibre ni de troubles de la souplesse ou de la mobilité. Aérocolie. La région cœcale est légèrement sensible à la pression dans toutes les positions.

Conclusions : ptose gastrique réductible. Aérogastrie. Gêne au transit duodénal au début de la deuxième portion. Ptose intestinale réductible. Aérocolie.

Légère sensibilité de la région cœcale à la pression sans troubles de la mobilité et de la souplesse.

*Intervention* : 7 janvier 1932.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Dissection de la peau et prélèvement sur le bord externe du grand droit d'une languette aponévrotique solide. Rapprochement des aponévroses et ouverture sur la ligne médiane. Transfixion du sixième espace. Fauflage sur l'estomac ptosé. Fixation au ligament rond. Fermeture par points séparés.

*Suites* : normales.

Revue le 23 février 1932 : bon état. Poids : 41 kg. 700.

Octobre 1932 : poids : 47 kg. 700.

## OBSERVATION XII

Mme BAZ... Lucienne, 30 ans.

Crise douloureuse avec vomissement le 27 janvier 1932. Douleurs dans la fosse iliaque droite qui continuent depuis deux ans. Amaigrissement de 20 kgs.

Poids : 61 kgs.

Bien réglée.

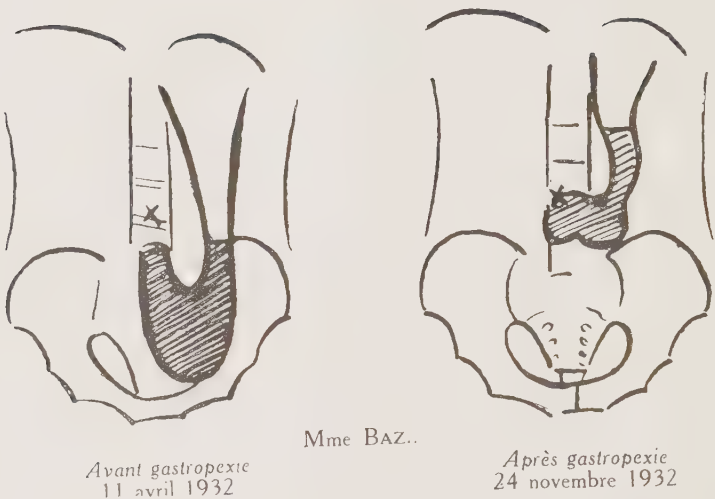


Fig. 31

*Examen* : Cœcum distendu. Région appendiculaire douloureuse.  
Clapotage à jeun de la région épigastrique et sous-ombilicale.  
Grosses varices.  
Toucher : cul-de-sac droit douloureux.

*Radioscopie* : (fig. 31), montre une ptose gastrique accentuée avec un bas-fond gastrique affleurant le pubis.

*Intervention* : 13 avril 1932.

Gastropexie par le procédé de LAMBRET.

Pas d'appendicectomie.

*Suites* : simples.

Sortie en bon état.

Poids : 57 kgs.

Le 24 novembre 1932 : la malade a bon appétit, elle ne suit aucun régime et déclare manger de tout, même des aliments réputés indigestes. Elle va régulièrement à la selle.

Cicatrice souple et indolore.

Poids : 67 kg. 500.

OBSERVATION XIII

Mme PAS..., 49 ans.

Opérée en 1922 d'appendicite.

Revient pour troubles de l'état général : amaigrissement, fatigue, inappétence, constipation, nervosité.

Mariée, un enfant, une fausse-couche, bien réglée.

*Examen* : Des radios montrent un estomac très ptosé.

En plus, on trouve un kyste du canal de Nücke.

Rien aux autres appareils.

*Intervention* : 22 avril 1932.

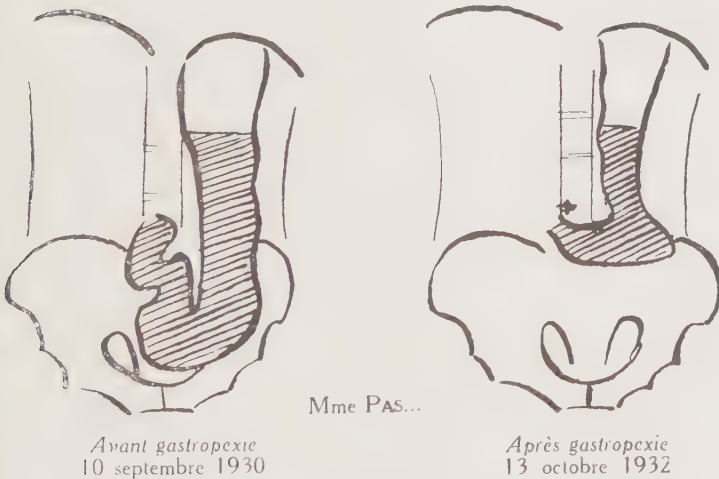


Fig. 32

Gastropexie par le procédé de LAMBRET.

(Ablation du kyste qui est en réalité un sac déshabité).

Suites : normales.

Lever au 14<sup>e</sup> jour.

Départ au 16<sup>e</sup>.

Décembre 1932 : bon état. La malade dit avoir engraisé de plusieurs kilos.

*Radio* : 10 septembre 1930.

Estomac vertical, situé sur le flanc gauche de la colonne vertébrale. Hypotonique, très allongé.

Bas-fond à un travers de main et demi au-dessous de la ligne des crêtes. Le pylore affleure cette ligne, tandis que la région pré-pylorique, recourbée en crochet, fait un angle très aigu avec le corps de l'estomac ; le canal médio-gastrique apparaît étiré. Il est surmonté par une poche à air petite.

Contours nets, réguliers, mobiles et souples sous toutes les incidences.

La palpation n'est pas douloureuse. Dans la manœuvre de CHILARDITTI, le canal médio-gastrique se rétrécit et fait remonter la portion sus-jacente de la bouillie. Le bas-fond gastrique situé dans le bassin ne paraît pas très intéressé. Il reste immobile et la bouillie ne bouge pas. Cette manœuvre amène une scission de l'image gastrique, séparée en deux masses opaques de quantité sensiblement égale, l'une supérieure, l'autre bas-située restée dans le bas-fond.

L'évacuation débute rapidement par des contractions de rythme et d'amplitude normale set d'efficacité normale. Elles font apparaître un bulbe étiré, en flamme de bougie, mais à bords nets et réguliers.

*Les clichés* montrent un estomac très ptosé. Le bas-fond gastrique réunissant la portion médio-gastrique et l'antra pré-pylorique : chacun présente l'aspect d'un canal cylindrique, pylore au plafond et au gré de l'évacuation. Pas de dilatation de l'antra pylorique.

Le bulbe apparaît étiré mais à bords convexes, à contours bien dessinés surtout à la base. On observe dans la partie juxta-capitale une large empreinte qui creuse la partie supérieure de la grande

courbure et qui semble devoir être rapportée à une compression vésiculaire.

*Conclusions* : Ptose très accentuée. Estomac allongé, descendant jusque dans le petit bassin. Porte de sortie au plafond. Gêne de l'évacuation. Empreinte de compression vésiculaire sur la grande courbure du bulbe.

---



## CONCLUSIONS

---

1° La technique de LAMBRET est **simple**.

C'est une technique bien réglée où chaque temps est facile. Il n'y a aucun imprévu : il est facile de prélever la bandelette, de l'introduire dans l'abdomen et de faufiler la grande courbure au-dessus d'elle.

2° C'est une technique **logique** ; car elle suspend l'estomac à l'endroit le meilleur, à la manière d'un hamac, et ce procédé remplace avantageusement toutes les ceintures et toutes les pelotes possibles. Ce procédé est *logique* ; car il se sert d'une suspension *solide, résistante, physiologique*, qui ne gêne pas l'organe dans ses mouvements, lui laisse toute sa liberté et facilite l'évacuation pyloro-duodénale.

3° Cette technique donne de **magnifiques résultats** ; comme le prouvent nos cas personnels et les 110 cas opérés par M. le Professeur LAMBRET. Ces résultats se témoignent principalement chez les malades par une augmentation du poids impressionnante par sa rapidité et son importance.

C'est actuellement la **meilleure technique** qui possède tous les avantages de l'opération de PERTHES et en supprime certains inconvénients.

4° C'est une opération **bénigne**, car c'est une opération rapide qui n'ouvre aucune cavité viscérale et qui n'entraîne aucune mortalité. Cette bénignité autorise, après l'insuccès du traitement médical, à élargir le cadre des indications opératoires.

---

Vu

*Le Doyen,*  
BALTHAZARD.

Vu

*Le Président de Thèse,*  
C. LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLETY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- O. LAMBRET. — Traitement chirurgical de la ptose gastrique par suspension et coulissage de la grande courbure (*Presse Médicale*, 37-1613-1616, 11 décembre 1929).
- O. LAMBRET. — Traitement chirurgical de la ptose gastrique par l'opération de suspension, coulissage de la grande courbure (*Arch. des Mal. de l'App. digestif*, 21 : 525-545, mai 1931).
- O. LAMBRET. — Surgical treatment of gastroptosis by suspension and folding along greater curvature (*Gastrol. Polska* III, 33-43, mars 1931).
- O. LAMBRET et G. BIZARD. — Traitement chirurgical de la ptose gastrique par la suspension et le coulissage de la grande courbure (*Paris-Chir.*, mars-avril 1930).
- O. LAMBRET et G. BIZARD. — Technique et résultats du traitement chirurgical de la ptose gastrique par la suspension et le coulissage de la grande courbure (*Arch. franco-belges de Chir.*, XXXII, 269-281, avril 1930).
- G. BIZARD. — Traitement chirurgical de la ptose gastrique (*Thèse Lille*, 1929).
- G. BIZARD. — Traitement chirurgical de la ptose gastrique (*La Science Méd. prat.*, 15 juillet 1930).
- R. AQUAVIVA. — Du traitement chirurgical des ptoses gastriques par l'opération de PERTHES (*Edition de la Revue Médicale de France et des Colonies, Marseille, Thèse de Montpellier*, 1929).

- A. CAIN. — Le traitement chirurgical des ptoses gastriques (*Revue critique de Path. et Thérap.*, I, 543-548, mai 1930).
- COFFEY. — *Gastroptosis a methode of suspending the stomach in a hammock mode of the great ormentum* (Phil., 14 J. 1912, p. 506, Surgery Gynecology and obst., 1912, XV, p. 305).
- COLANERI. — La ptose de l'estomac et du duodénum (*Synthèse clinique et radiologique, Thèse Paris*, 1919, N° 68).
- FAROY. — Quelques considérations sur l'allongement vertical de l'estomac (*La Médecine*, 1926, XVI, N° 9).
- GRÉGOIRE. — Anatomie. — Région thoraco-abdominale.
- R. A. GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique (Doin, Editeurs, 1930, t. II, p. 123-159).
- LE GRAND. — Traitement chirurgical de la ptose gastrique (*La Normandie Médicale*, juillet 1930).
- MARTIN. — Résultats du traitement de la ptose gastrique par résection transversale (*Zentralblatt f. Chir.*, t. LVI, N° 29, 20 juillet 1929, p. 1794).
- MARTINI et COURAS. — Dolicho-gastrie et gastroptose (*Bull. Méd.*, 1927, t. XII, p. 901).
- V. PAUCHET. — Gastroptose. Traitement chirurgical (*Journ. des Prat.*, sept. 1918).
- V. PAUCHET. — Relâchement gastrique (*La Clinique*, 1922, n° 2).
- V. PAUCHET. — La gastroptose, son traitement médical et chirurgical (*J. de Méd. de Paris*, 1923, XLII, p. 91).
- V. PAUCHET. — Que faut-il demander à la gastropexie? (*La Clinique*, Paris, 1924, p. 366, nov. B, 1929).
- V. PAUCHET. — Gastroptose (*La Pratique Chirurgicale Illustrée*, fasc. VI, p. 5-18).
- PAUL. — Résultats de l'opération pour ptose d'après PERTHES (*Arch. f. Klinische Chir.*, t. 134, H, 4, 1925, p. 698-708).

- PIERI. — Gastropiose; opération de PERTHES (*Arch. franco-belges de Chir.*, XXVIII, 1925, p. 537).
- PRAT. — Traitement chirurgical des gastropioses (*Gaz. Méd. de France*, 15 avril 1928, p. 169).
- PIQUAND. — Ligaments du foie.
- POIRIER et CHARPY. — Anatomie. — Myologie.
- RAMOND. — Maladies de l'estomac et du duodénum (Masson, Paris, 1927).
- M. ROUSSEL. — Contribution à l'étude du traitement chirurg. des ptoses gastriques par la plicature du petit épiploon (*Thèse Paris*, 1923, 8°, N° 70).
- ROUVIÈRE. — Anatomie. — Muscles de l'abdomen.
- A. R. SALMON. — La ptose gastrique et son traitement chirurgical (*Le Journ. Méd. Franç.*, nov. 1929, N° XI, p. 411).
- SPELL. — Opération de PERTHES pour ptose gastrique (*Soc. Belge de Chir.*, 12 juin 1926).
- TIMBAL. — Formes douloureuses des ptoses gastriques (*Toulouse Méd.*, 1928, XXIX, N° 10).
- E. VANDEPART. — Traitement chirurgical des allongements gastriques. Résultats immédiats. Résultats éloignés (*Arch. franco-belges de Chir.*, XXX, p. 640-671, août 1927).
- VOLPATTI. — Contribution à l'étude du traitement chir. de la gastropiose (*Thèse Montpellier*, 1925-1926).
-



# TABLE DES MATIERES

---

|                    |    |
|--------------------|----|
| INTRODUCTION ..... | 13 |
|--------------------|----|

## PREMIERE PARTIE

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Définition</i> .....                                           | 19 |
| <i>Différents procédés de Traitement chirurgical de la ptose.</i> | 23 |
| 1° Gastro-entérostomie .....                                      | 23 |
| 2° Gastro-plicature .....                                         | 24 |
| 3° Résection de l'estomac .....                                   | 25 |
| 4° Fixation de l'estomac à la paroi antérieure .....              | 25 |
| 5° Raccourcissement du petit épiploon .....                       | 26 |
| 6° Procédé de Perthes .....                                       | 27 |
| <i>Procédé de Lambret</i> .....                                   | 31 |

## DEUXIEME PARTIE

### CHAPITRE I<sup>er</sup>

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <i>Rappel anatomique</i> ..... | 35 |
| 1° Muscle grand droit .....    | 35 |
| La gaine .....                 | 36 |
| Rapports .....                 | 38 |
| Innervation .....              | 38 |
| 2° Espace intercostal .....    | 40 |
| 3° Ligament rond du foie ..... | 40 |

### CHAPITRE II

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| <i>Technique opératoire</i> .....                          | 43 |
| Préparation des malades .....                              | 43 |
| Anesthésie .....                                           | 43 |
| Instrumentation .....                                      | 44 |
| Position de l'opéré. Préparation du champ opératoire ..... | 46 |

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| <i>Technique proprement dite</i> .....              | 47 |
| 1° Incision de la paroi et exploration abdominale.. | 47 |
| 2° Prélèvement de la bandelette .....               | 49 |
| 3° Passage de la bandelette .....                   | 55 |
| 4° Suspension et coulissage de la grande courbure.  | 55 |
| 5° Fixation au ligament rond .....                  | 61 |
| 6° Fermeture de la paroi .....                      | 61 |

*Incidents.*

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 1° Au cours de l'intervention :   |    |
| Rupture de la bandelette .....    | 63 |
| Blessure de la plèvre .....       | 64 |
| Echappée de la bandelette .....   | 64 |
| 2° Dans les suites immédiates :   |    |
| Au point de vue général .....     | 64 |
| Au point de vue local .....       | 64 |
| Au point de vue fonctionnel ..... | 64 |

TROISIEME PARTIE

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| <i>Résultat anatomique</i> .....                  | 69 |
| 1° Pourquoi prend-on une bande aponévrotique .... | 70 |
| 2° Que devient la bandelette .....                | 70 |
| 3° Que devient la brèche aponévrotique .....      | 71 |
| <i>Résultats cliniques</i> .....                  | 71 |
| Augmentation du poids .....                       | 71 |
| <i>Résultats radiologiques</i> .....              | 74 |

QUATRIEME PARTIE

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| <i>Observations</i> ..... | 79  |
| CONCLUSIONS .....         | 99  |
| BIBLIOGRAPHIE .....       | 101 |

---





